

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

420

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Norbert CERF

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne en Médecine
Né le 13 Novembre 1911, à Quessy (Aisne)

DYSTOCIE
DANS LES UTÉRUS DOUBLES
PAR L'HÉMI-UTÉRUS
NON GRAVIDE "PRAEVIA"

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Norbert CERF

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne en Médecine
Né le 13 Novembre 1911, à Quessy (Aisne)

DYSTOCIE

DANS LES UTÉRUS DOUBLES

PAR L'HÉMI-UTÉRUS

NON GRAVIDE "PRAEVIA"

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale.	BASSET.....	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE..		BROCQ.....	
AUBERTIN.....		CADENAT.....	
BRULÉ.....		GATELLIER....	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER..	
CHIRAY.....		MOURE.....	
DONZELOT.....		QUENU.....	
DUVOIR.....		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER.....	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.....			
SÉZARY.....			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT.....			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL....			
METZGER.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A qui je dois tout.

*Bien faible témoignage de mon amour
filial et de ma reconnaissance sincère pour
tous les sacrifices consentis.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUX MIENS (*in memoriam*)

A TOUTE MA FAMILLE

PLUS PARTICULIÈREMENT

A MES GRANDS-PARENTS MATERNELS

Avec toute mon affection.

A MES ONCLE ET TANTE MATERNELS

*Pour les remercier de ce qu'ils ont fait
pour moi pendant mes études secondaires.*

A MON CHER PETIT COUSIN JEAN

En lui souhaitant un avenir brillant.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Dont l'observation a servi de base à ce travail.

Nous le prions d'accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR J. RAVINA

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et, en toutes circonstances, a bien voulu nous prodiguer sa bienveillance et ses conseils.

Qu'il nous permette de lui en exprimer nos remerciements et notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. LEPAGE

Aide de clinique à la Maternité

*Dont les travaux sur la question nous
furent si précieux.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(Stage, Externat, Internat)

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR GARRELON

Chef des Travaux pratiques de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu nous accueillir et nous
faire travailler dans son Laboratoire.*

A MES CAMARADES

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

L'observation d'une femme césarisée par notre Maître, M. le docteur DEVRAIGNE, nous a suggéré l'étude de « *La dystocie dans les utérus doubles, par l'hémi-utérus non gravide praevia* ». Il nous a paru intéressant de nous documenter sur cette question. La littérature obstétricale est assez riche en écrits concernant les rapports de la puerpéralité avec les vices de conformation des organes génitaux, et cependant, dans les livres classiques, nous avons trouvé peu de renseignements concernant cette dystocie.

Au point de vue théorique cependant, ce sujet se rattache à un problème d'ordre général, celui des malformations génitales ; et au point de vue pratique, il est digne d'attention par :

— la clinique : peut-on, pendant la grossesse, rapporter à sa cause, la tumeur juxta-utérine formée par l'hémi-utérus vide ? La grossesse a-t-elle une symptomatologie spéciale ? Peut-on prévoir cette dystocie ? Et quels en sont les caractères ?

— la thérapeutique : quelle est la conduite à tenir en pareil cas ?

— le pronostic : que réserve l'avenir obstétrical ?

Nous n'étudierons que la dystocie due à la présence d'un hémi-utérus vide et praevia ; nous laisserons du côté toute

autre dystocie tenant à l'existence même d'une malformation génitale.

Nous donnerons au terme « *praevia* », non pas son sens étymologique strict, mais un sens beaucoup plus étendu, celui qu'on lui accorde habituellement : nous dirons donc que l'hémi-utérus vide forme une tumeur *praevia* lorsque, situé à l'entrée du pelvis ou dans la cavité de celui-ci (il est donc situé alors au-dessous du pôle fœtal qui se présente, il est *praevia*) il forme par son siège et ses dimensions un obstacle à la descente et à l'expulsion du fœtus.

— Mais avant de présenter l'observation qui est le point de départ de notre modeste travail, nous tenons à remercier ici, une fois encore, M. le docteur RAVINA, qui nous a inspiré l'idée première de cette thèse et n'a cessé de nous guider de ses précieux conseils. Qu'il veuille bien trouver ici la preuve de notre admiration et de nos remerciements sincères pour la bienveillance et l'intérêt qu'il nous a témoignés, pendant nos six mois d'externat à la Maternité de Lariboisière, et pour la rédaction de cette thèse !

— Voici maintenant l'*observation* « *princeps* » qui nous a servi de base :

Devraigne, 1931. Observation n° 1820 (cité par LEPAGE : La Médecine, n° d'avril 1935.)

Dystocie par l'hémi-utérus non gravide.

« Mme D... (26 ans), est venue pour la première fois lors de sa troisième gestation. Elle a été réglée tardivement à 16 ans. La première gestation s'est terminée par la naissance, en présentation du siège, d'un enfant pesant 2.900 grammes décédé dix heures après la naissance.

. Au cours de la deuxième gestation, une version par ma-

nœuvres externes a été pratiquée au 7^e mois, pour ramener une présentation du siège en présentation céphalique. Le travail s'est déclanché prématurément après cette version, huit jours après, et s'est terminé par la naissance d'un enfant vivant pesant 2.000 grammes, décédé le 21^e jour.

On ne relève chez cette femme aucun stigmate de spécificité, et une réaction sérologique faite en ville au deuxième mois de la gestation actuelle est négative. Néanmoins, un traitement spécifique (20 injections intra-musculaires) a été pratiqué par un médecin en ville jusqu'au sixième mois.

La femme est examinée alors qu'elle est enceinte de 8 mois et demi. Les membranes se sont rompues spontanément cinq heures auparavant, au début du travail.

On est frappé d'emblée à l'inspection par l'obliquité utérine très marquée, qui reporte le fond utérin en haut et à gauche sous les fausses-côtes. A ce niveau on perçoit un pôle céphalique nettement caractérisé. Le siège est dans la fosse iliaque droite. Les battements du cœur sont difficilement perçus au niveau de l'ombilic. Le dos est à droite. Au toucher, le bassin est normal, le col effacé et dilaté comme cinq francs ; on ne perçoit aucun obstacle praevia.

Etant donné les antécédents obstétricaux de cette femme (deux accouchements prématurés, aucun enfant vivant), la présentation actuelle en siège incliné, sans aucune tendance à l'engagement, M. le docteur DEVRAIGNE décide d'extraire l'enfant, qui paraît de volume normal, par césarienne corporéale.

Intervention (D^r DEVRAIGNE). Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale sous anesthésie générale. Dès que l'utérus est extériorisé, on est frappé, d'une part, par sa forme en pain de sucre, d'autre part, par l'absence des annexes droites. En explorant la cavité pelvienne en bas et à droite, on trouve le demi-utérus droit, du volume du poing, portant les annexes droites : il n'avait pas été nettement perçu au toucher vaginal.

Incision corporéale médiane, en tenant compte de l'obliquité très marquée de l'hémi-utérus gravide. L'incision tombe directement sur le placenta inséré en avant, et on extrait l'œuf entier très facilement suivant le procédé de FOURNIER (d'Amiens), bien que l'œuf soit ouvert en bas. L'enfant, ranimé rapidement, est un garçon pesant 3.120 grammes. Iodage de la cavité utérine. Suture de l'utérus par des points séparés musculo-muqueux au catgut, et par un surjet musculo-séreux au catgut. L'hémi-utérus droit, qui s'implante très bas au niveau de l'isthme, est redressé à côté de l'hémi-utérus césarisé. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires : entravées le 8^e jour par des phénomènes pulmonaires.

La femme sort en bon état le 25^e jour.

L'enfant, à la sortie, poussait normalement et pesait 3.400 grammes.

Une nouvelle réaction sérologique a été faite chez la mère pendant les suites opératoires : Hecht et B.-W. négatifs. »

PLAN

Nous nous proposons d'étudier notre sujet en plusieurs chapitres.

Après avoir fait un

— Rappel des généralités sur les utérus doubles.

Nous étudierons successivement :

— Généralités. Fréquence. Historique.

— Observations.

— Peut-on prévoir la dystocie ? La grossesse.

— La dystocie : le travail.

— Thérapeutique.

— Le Post-Partum.

— L'avenir obstétrical.

Et nous terminerons en essayant de tirer des

— Conclusions.

RAPPEL DES GÉNÉRALITÉS SUR LES UTÉRUS DOUBLES

DONNÉES EMBRYOLOGIQUES SUR L'APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

Sans faire une étude approfondie de l'embryologie de l'appareil génital de la femme, il nous paraît utile cependant, de rappeler quelques données sur le développement de l'utérus et du vagin, données qui nous permettront de mieux comprendre certaines particularités de notre sujet.

Les organes génitaux proviennent des canaux de Wolff, des canaux de Müller et des glandes génitales, et essentiellement, chez l'embryon femelle, des *canaux de Müller* :

De chaque côté de la gouttière cœlomique, et à ses dépens, se forment :

— en avant le cordon de Wolff qui, en se creusant, deviendra le canal de Wolff.

— en arrière, le cordon de Müller qui, se creusant lui aussi, deviendra le canal de Müller.

Dans le fond de la gouttière cœlomique, et repoussant les ébauches ci-dessus, se forme le corps de Wolff, avec le néphros (vers le 35^e jour).

Les canaux de Wolff et de Müller du même côté, après s'être croisés, se réunissent, et forment le conduit uro-génital qui, s'accolant à celui du côté opposé formé pareillement,

va constituer le conduit génital de Thiersch qui aboutit au cloaque.

L'insertion du ligament de Hunter (futur ligament rond) sur le cordon de Thiersch permet de distinguer aux canaux de Wolff et de Müller deux portions :

- une supérieure,
- une inférieure, que nous retrouverons plus loin.

Quant au cloaque, il se divisera ensuite en deux cavités :

- une postérieure, le rectum,
- une antérieure, le sinus uro-génital, dans lequel déboucheront alors les canaux de Wolff et de Müller.

Vers la sixième semaine apparaît l'éminence génitale (future glande génitale) qui entre en rapport avec le corps de Wolff.

Jusqu'au troisième mois le sexe reste donc indifférent, mais c'est alors que l'embryon — sous l'influence d'une cause inconnue — va évoluer vers la forme femelle ; les canaux de Wolff vont s'atrophier et disparaître, la glande génitale va devenir ovaire, et les canaux de Müller vont constituer tout l'appareil génital femelle :

— leur partie supérieure — que nous avons vue précédemment — ne s'accolant pas, va donner les trompes ;

— les cavités utérine et vaginale vont naître aux dépens de la partie sous-jacente, et voici comment : vers la 7^e semaine, les canaux de Müller s'accolent à ce niveau, et se fusionnent vers la 8^e semaine ; le point où commence cette fusion est discuté, mais, quoi qu'il en soit, la fusion est effectuée vers le 4^e mois.

Nous voyons donc que, par suite de ces modifications, l'utérus et le vagin primitivement doubles deviennent simples ; mais si survient une anomalie de développement, les canaux de Müller peuvent ne pas se réunir, et même, s'ils sont accolés, leurs parois peuvent ne pas se résorber ; il est ainsi facile de comprendre que l'utérus et le vagin peuvent rester doubles. Les dispositions anormales en résultant reproduiront des

types divers qui existent normalement dans la série animale : nous verrons leur classification dans un chapitre suivant.

Mais pour être complet, terminons en disant que :

— Constitué, le canal génital va commencer à se diviser en utérus et vagin vers la fin du 4^e mois, par d'importantes modifications de l'épithélium polyédrique stratifié :

la moitié supérieure ou utérine va devenir de l'épithélium cylindrique,

la moitié inférieure ou vaginale va devenir de l'épithélium pavimenteux et stratifié.

Puis, ce canal vaginal ainsi ébauché, s'allonge, s'aplatit d'avant en arrière, ses parois épithéliales s'accolent et se soudent, si bien qu'au commencement du 5^e mois, il existe une véritable lame épithéliale du vagin qui comble la cavité vaginale. L'extrémité profonde de cette lame prolifère abondamment et, légèrement au-dessus de la ligne de transition épithéliale, s'élargit en une cupule aplatie d'avant en arrière. A cette cupule qui représente les futurs culs-de-sac s'opposent, du côté utérin, un bourgeon (futur museau de tanche), et, au 6^e mois, un double anneau musculaire (futur orifice externe du col). L'hymen est apparu au 5^e mois.

L'utérus continue alors à se développer sans modifications morphologiques notables.

— Notons en outre que, pendant ce temps, les canaux de Wolff s'atrophiaient, mais laissaient quelques débris qui constitueront les organes de Rosenmüller, le parovarium, l'hydatide pédiculée de Morgagni et les canaux de Gärtner.

En résumé, « et c'est là surtout ce qu'il faut retenir, comme le dit HERBELIN dans sa thèse, les canaux de Müller sont d'abord complètement indépendants, puis ils s'accolent, restant séparés par une cloison formée de l'adossement de leurs parois ; et cet accollement gagne de proche en proche jusqu'en haut. Enfin, cette cloison disparaît et les deux canaux se fusionnent pour devenir le canal utéro-vaginal

unique et médian. Un utérus peut donc être considéré comme résultant de la réunion de deux demi-utérus ayant chacun son ovaire, sa trompe, et son ligament rond, et les utérus doubles sont donc un arrêt et non un excès de développement.

Le développement simultané des organes génitaux et urinaires explique la coexistence possible de malformations sexuelles et urinaires qui ont un gros intérêt au point de vue opératoire. »

PATHOGÉNIE DES UTÉRUS DOUBLES

Les notions embryologiques que nous venons de rappeler sont suffisantes pour montrer le mécanisme des malformations utérines : en effet, longtemps considérées comme un caprice de la nature ou expliquées par des causes surnaturelles : la colère des dieux, l'intervention du démon, un maléfice de Sorciers, la frayeur ou les désirs inassouvis de la femme enceinte, elles sont dues en réalité, comme nous l'avons vu, non à un excès, mais au contraire à un arrêt de développement.

Quant à leur cause immédiate, intrinsèque, — le *primum movens* — on en est réduit à des hypothèses : c'est-à-dire que la pathogénie des utérus doubles est encore obscure.

Des théories nombreuses et variées se sont fait jour, mais aucune n'est applicable à tous les cas. C'est ainsi qu'on a invoqué, pour les utérus doubles vrais qui seuls nous intéressent :

— *La péritonite fœtale* (GRATZER) qui, formant des adhérences et des brides, empêcherait les canaux de Müller de se réunir en les séparant ou en les retenant à la paroi. Mais il faudrait que cette péritonite soit précoce, et les brides ré-

sistantes ; or celles-ci sont rares, et la notion d'une infection d'origine maternelle fait le plus souvent défaut.

— *Une bride d'origine allantoïdienne* (HILLO) qui empêcherait la réunion des canaux de Müller. Mais, la cloison vésico-rectale, inconstante, n'est peut-être que la conséquence de la malformation, et son origine allantoïdienne n'est pas prouvée.

— *La puissance et la brièveté des ligaments ronds* (MEYER) qui gêneraient le rapprochement des canaux de Müller. Mais on n'en a aucune preuve.

— *L'éloignement des canaux de Müller*, dû à la largeur exagérée du bassin. Mais les cas connus de bassin rétréci coïncidant avec des utérus aidelphes ? Cette théorie a été soutenue par PFANNENSTIEL et THIERSCH.

— *L'interposition d'organes* (FRAENKEL) tels que la vessie, le rectum, les uretères, comme cela se voit chez certains animaux. Mais il faudrait admettre une adhérence de l'intestin terminal et de l'allantoïde ou une anomalie des canaux de Wolff, peut être ces deux causes associées. Or, cela entraînerait obligatoirement la coexistence de malformations multiples ; ce qui est rare.

— *L'interposition de débris Wolffiens* (PICK) entre les canaux de Müller, ces débris s'opposant à la réunion de ces canaux. Mais ce n'est qu'une hypothèse.

— *La présence de masses musculaires* qui, situées à la partie externe des canaux de Müller, les tireraient en dehors et empêcheraient leur réunion. Mais d'où viennent ces nappes musculaires ?

— *L'existence d'une tumeur*, un adénomyome le plus souvent — séparant les canaux. Si cette tumeur ne provient pas des débris wolffiens — auquel cas nous sommes revenus à une des 2 théories ci-dessus — quelle est son origine ? Pourquoi cette localisation ?

Nous voyons donc qu'aucune de ces hypothèses, passée au crible de la critique et de l'argumentation, ne peut expli-

quer tous les cas d'utérus doubles. C'est pourquoi certains auteurs, abandonnant ces « vues de l'esprit » et ces essais — infructueux — d'explication et de systématisation, ont voulu faire intervenir des causes d'ordre beaucoup plus général :

— *l'hérédité*, mais peu d'observations publiées notent cette notion,

— *l'atavisme* (Pozzi) ou principe de la réversion de Darwin d'après lequel de temps en temps se reproduiraient dans l'espèce humaine les formes normales des différentes espèces animales,

— *la race* (DUBREUIL. CHAMBARDEL) : prédominance dans la race anglo-saxonne ; mais leur statistique, que voici, est peu concluante (1906) : cas d'utérus doubles :

175	cas publiés par les auteurs	Français
154	—	Allemands
95	—	Américains
61	—	Italiens
59	—	Anglais
52	—	autres pays (dont 10 pour l'Espagne)

— *la syphilis, l'alcoolisme*, ont rarement été notés et ne peuvent être interprétés que comme des coïncidences. On connaît pourtant leur rôle dans nombre de malformations. VIGNES admet qu'il s'agit, dans le cas de malformations utérines, de syphilis congénitale. Nous ne trouvons donc pas non plus dans ces explications l'argument irréfutable qui entraînerait notre conviction, et nous pouvons dire qu'actuellement, le problème pathogénique des utérus doubles n'est pas encore résolu.

Nous avons étudié longuement ce sujet parce que ces notions étaient indispensables pour comprendre certains faits que nous verrons ultérieurement, tels que la présence d'une bride vésico-rectale, la coexistence d'anomalies (urétérales, par exemple...)

RAPPEL ANATOMIQUE SUR LES UTÉRUS DOUBLES

Les dispositions anatomiques des utérus doubles sont intéressantes à connaître, autant pour le diagnostic que pour les interventions. Nous ne traiterons ici, évidemment, que les anomalies de l'anatomie normale, anomalies dues justement à l'existence d'un utérus double.

VAGIN ET VULVE. — Parfois le vagin est normal et ne présente aucune trace de *cloisonnement* (CHAPUT), parfois il est unique, mais présente une ébauche de cloison sous forme de deux raphés saillants, l'un antérieur et l'autre postérieur ; plus souvent, il est divisé, par une lame placée de champ, en deux canaux accolés en canons de fusil (DAUCHRIN) : d'ordinaire cette cloison s'étend sur toute la hauteur du vagin, en haut elle s'insère entre les deux cols, en bas elle se prolonge jusqu'à l'orifice vulvo-vaginal ; quelquefois, au contraire, elle est incomplète, c'est presque toujours sa partie inférieure qui manque, plus rarement sa partie supérieure ; enfin cette cloison, complète, peut présenter, à sa partie moyenne un orifice faisant communiquer les deux cavités. La cloison peut être placée juste au milieu du vagin, plus souvent elle est déviée d'un côté, en sorte que l'un des vagins est plus large que l'autre ; parfois elle s'insère, en avant sur la ligne médiane, et en arrière à droite ou à gauche ; exceptionnellement elle est dans un plan frontal (VON GUERARD).

Cette cloison peut être formée par la muqueuse, et par la couche de fibres musculaires des deux vagins adossés.

En bas, la cloison s'arrête d'habitude un peu au-dessus de la vulve, de sorte que celle-ci paraît normale à première vue, et c'est seulement en écartant les petites lèvres que l'on aperçoit le bord inférieur de la cloison qui est presque toujours

concave. Plus rarement, la cloison descend sur toute la hauteur de la vulve et la divise en deux orifices distincts munis chacun d'un hymen. Les autres parties de la vulve sont normales.

Tout cela peut expliquer certains symptômes : par exemple la difficulté du coït.

COLS. — A) Rarement les cols sont complètement *indépendants* et individualisés : il existe donc deux museaux de tanche.

Plus souvent ils sont reliés à leur partie inférieure par des ligaments ou une sorte de pont fibro-musculaire.

B) Beaucoup plus fréquemment les cols sont *accolés* : il existe encore deux museaux de tanche et les cavités utérines sont encore isolées de haut en bas, mais il y a déjà soudure intime et solidarité absolue entre les deux cols.

Les cols de ces deux variétés présentent rarement un aspect rigoureusement identique : rarement ils sont bien développés et égaux, plus souvent ils sont petits ; fréquemment ils sont inégaux, l'un étant normal, l'autre plus ou moins atrophie. Le développement du col semble être proportionnel aux dimensions du vagin correspondant. Tantôt les deux orifices sont identiques, tantôt l'un présente les caractères d'un col de nullipare, alors que l'autre a été déchiré par les grossesses antérieures.

C) Enfin les cols peuvent être *fusionnés* : il n'y a qu'un col sans caractères objectifs particuliers, si ce n'est qu'il est fréquemment volumineux.

CORPS. — Les corps utérins sont en général ovoïdes, cylindriques, arrondis vers le fond, amincis vers le col. Quelquefois de volume identique, ils sont presque toujours inégaux, mais la masse formée par deux héli-utérus, réunis est, en général, supérieure à celle d'un utérus normal.

Les corps divergent, à partir de leur insertion vaginale, en haut et en dehors, et l'angle qu'ils forment est très variable (35 à 130°).

Leur orientation est rarement symétrique : tantôt l'un est presque vertical et l'autre presque horizontal, tantôt l'un est en antéflexion, l'autre en rétroflexion ; l'hémi-utérus droit est *souvent en rétroversion* (IVANOFF), et le gauche en antéflexion, et cette double disposition s'accroît encore par la répétition des grossesses ; la disposition inverse est possible (HOUZEL) ; de même, les utérus peuvent être situés l'un derrière l'autre.

Quoi qu'il en soit, ils se continuent en haut par l'implantation d'une trompe et d'un ovaire, rarement l'appareil annexiel est complet pour chaque corps.

Les cavités utérines ont une forme en sablier ; leur diamètre est des plus variables.

L'aspect de la muqueuse utérine est celui de la muqueuse d'un utérus normal.

Les ligaments ronds sont souvent courts et forts.

ANNEXES. — Dans un grand nombre d'observations (PINARDI, POIJOL, JANIER, etc.), on a noté l'existence de *lésions ovariennes*, et presque toujours des lésions d'ovarite scléro-kystique.

Les trompes sont fréquemment le siège d'hémato-salpinx secondaire à une hématométrie, mais ceci ne nous intéresse pas ici. Parfois leur paroi est musculeuse ; elles sont de volume sensiblement normal. Par un défaut de migration elles peuvent se trouver dans une situation tout à fait inattendue (fosse iliaque par exemple).

VAISSEAUX. — Ils restent normaux : il existe *deux artères utérines* qui suivent le bord externe de chaque hémi-utérus, dont le bord interne est donc toujours avasculaire ; donc, pas de surprise à l'intervention.

PÉRITOINE. — *Les ligaments larges* sont rarement bien constitués, car les deux héli-utérus divergent fortement et sont fréquemment enfoncés dans le tissu graisseux de la paroi pelvienne.

Il est donc évident que la topographie nouvelle du petit bassin va entraîner des dispositions nouvelles des *culs-de-sac péritonéaux* ; la séreuse tapisse le bord interne d'un utérus, descend jusqu'au ligament intercervical, s'il existe, et remonte sur l'autre corps utérin en formant un cul-de-sac, de sorte qu'on rencontre :

- deux culs-de-sac vésico-utérins,
- deux culs-de-sac recto-utérins,
- un cul-de-sac inter-utérin,
- un cul-de-sac vésico-rectal.

Le péritoine pelvien forme assez souvent des *ligaments nouveaux* : ligament inter-utérin s'il n'existe pas de cul-de-sac du même nom ; et ligament vésico-rectal inconstant, qui est plus rare dans les utérus didelphes, et qui peut revêtir deux aspects très différents : soit lame plate, couchée, résistante, soit simple repli-péritonéal ; pour les uns il est la cause, et pour les autres, la conséquence du défaut de fusion des deux canaux de Müller.

MALFORMATIONS CONCOMITANTES. — Elles sont d'un gros intérêt opératoire. Nous n'étudierons que la plus fréquente, *l'anomalie des reins et des uretères* :

- tantôt l'un des reins est absent, surtout le droit, et l'autre est plus gros (ROKITANSKY),
- tantôt l'un est petit et l'autre absent,
- tantôt l'un est absent et l'autre mal placé (CHAPUT),
- enfin, il peut n'exister qu'un seul rein, médian, bas situé (ROUFFART et DELPORTE).

L'uretère peut présenter lui aussi des bizarreries anatomiques :

— soit unique, et pouvant se diviser à son extrémité inférieure en Y renversé (Λ) (BACKER, JABOULAY),

— soit double, et pouvant être situé d'un même côté de l'utérus,

sa longueur varie dans de très grandes proportions, et ceci n'est point encore pour faciliter l'intervention.

Enfin, les conduits utéro-vaginaux, complètement indépendants, peuvent être séparés par les urètres et le rectum adhérent en avant à la vessie (FRAENKEL, MEYER, PUECH).

CLASSIFICATION DES MALFORMATIONS UTÉRINES

Après les données embryologiques et anatomiques que nous venons de rappeler, il nous est maintenant facile de comprendre que, suivant l'accrolement plus ou moins complet des canaux de Müller, nous pouvons observer toute une gamme de malformations. OMBREDANNE et MARTIN, en 1906, en ont donné une classification admise actuellement par la plupart des auteurs : nous la ferons nôtre :

Corps indépendants	{		Cols indépendants	Type I Didelphe
(Utérus doubles)			Cols accolés	— II Pseudo-Didelphe
			Cols fusionnés	— III Bicorne
Corps indépendants	{	Corps accolés	Cols accolés	— IV Biloculaire total
(Utérus cloisonnés)		fusionnés	Cols fusionnés	— V Biloculaire corporeal
			Cols accolés	— VI Biloculaire cervical
			Cols fusionnés	— VII Normal

Cependant, nous insisterons tout de suite sur la distinction qu'il y a lieu de faire entre :

— les utérus doubles proprement dits (Types I, II, III) pouvant seuls donner la dystocie que nous étudions,

— et les utérus cloisonnés à corps unique en apparence (types, IV, V, VI).

Étudions maintenant plus en détails chacun de ces grands types :

TYPE I : *Utérus didelphe* :

Corps indépendants,

Cols indépendants,

Vagins distincts,

(Type normal des Marsupiaux).

Il y a 2 utérus et 2 vagins distincts ; chaque segment a l'apparence d'un utérus normal avec son corps, son col, sa trompe et son ovaire. Les canaux de Müller ne se sont accolés en aucun point de leur longueur (l'anomalie de développement s'est donc produite entre la 4^e et 5^e semaine de la vie embryonnaire). L'un des utérus a parfois un volume moindre que l'autre.

TYPE II : *Utérus pseudo-didelphe* :

Corps indépendants,

Cols accolés,

Vagin cloisonné,

(Type normal des carnassiers).

Les canaux de Müller ne sont restés séparés que dans leur portion destinée à former le corps (5^e à 8^e semaine de la vie embryonnaire). C'est l'utérus bicorné de LE FORT, l'utérus bicornis bicollis de HALBAN.

TYPE III : *Utérus bicorné* :

Corps indépendants,

Cols fusionnés,

Vagin unique,

(Type normal des Mammifères).

Les cavités des corps sont indépendantes, mais la cavité cervicale est unique ainsi que le vagin ; la bifidité ne persiste donc que dans la partie supérieure. C'est l'utérus bicornis unicollis de LE FORT.

TYPE IV : *Utérus biloculaire total* :

Corps accolés,
Cols accolés,
Vagin unique, ou double,

(Normal chez certains Rongeurs).

Les 2 canaux de Müller se sont accolés, mais la cloison médiane ne s'est pas résorbée, divisant l'utérus en 2 cavités indépendantes. La cloison peut persister jusqu'au niveau de la vulve (vagin double) ou jusqu'au niveau du col (vagin unique). C'est l'utérus septus duplex de LE FORT, l'utérus bipartite.

TYPE V : *Utérus biloculaire corporéal* :

Corps accolés,
Cols fusionnés,
Vagin unique,

(Normal chez le rat, cobaye).

L'aspect extérieur est normal, la cavité est disposée en Y, c'est dire que la cloison s'est résorbée dans la partie inférieure, persistant au fond de la cavité où elle forme un éperon plus ou moins saillant. C'est l'utérus biloculaire unicervical de PIQUAND, l'utérus subseptus de LE FORT.

TYPE VI : *Utérus biloculaire cervical* :

Corps fusionnés,
Cols accolés,
Vagin unique,

La cloison, résorbée dans sa partie supérieure, persiste dans la partie inférieure, divisant le col en deux conduits qui mènent à la même cavité. C'est l'utérus subseptus unicorporeus ou l'utérus infraseptus de LE FORT.

TYPE VII : *Utérus normal* :

Corps fusionnés,
Cols fusionnés,
Vagin unique.

FORMES INTERMÉDIAIRES : nous ne ferons que les citer :

Utérus didelphe idéal : 2 vagins distincts, 2 utérus séparés, systèmes annexiels complets.

Utérus pseudo-aïdelphe à vagin unique.

Utérus bicornes arqués : corps utérins à demi-accolés.

Utérus cordiforme : corps utérins accolés dans leur moitié supérieure et fusionnés dans leur partie inférieure.

Utérus biloculaire cervico-corporéal, intermédiaire entre les types IV et V : corps accolés, cols accolés dans leur moitié supérieure et fusionnés dans leur partie inférieure.

Utérus biforis supra simplex : intermédiaire entre les types VI et VII ; utérus complètement fusionnés, mais museaux de tanche accolés.

Cette classification que nous avons voulu complète ne nous intéresse cependant qu'en ce qui concerne exclusivement les types I, II, III ; mais son intérêt didactique de premier plan nous a incité à la donner entière.

REMARQUES PHYSIOLOGIQUES

Si au point de vue anatomique l'indépendance des deux utérus est souvent parfaite, par contre au point de vue physiologique il n'en est pas de même : dans l'énorme majorité des cas, il y a synergie fonctionnelle complète, tant en ce qui concerne la menstruation que la gravidité.

Réservant pour le chapitre : Diagnostic, l'étude des caractères particuliers qu'on a voulu attribuer à la menstruation dans les utérus doubles, nous n'étudierons ici que *la fonction ovarienne pendant la grossesse* : dans la majorité des observations d'utérus doubles, il est constaté qu'elle cesse sitôt la fécondation opérée. Cependant, il existe des exceptions, l'ovulation peut se faire, et l'on a vu les règles continuer pendant les 3 ou 4 premiers mois de la grossesse (SOULIGOUX) ;

dans ces cas, cependant, l'écoulement sanguin est le plus souvent atypique, sang plus clair, ou noirâtre, rappelant les hémorragies « distillantes » de la grossesse extra-utérine. Exceptionnellement il existe une indépendance absolue des deux utérus et la menstruation persiste dans un utérus pendant toute la grossesse (FERENCZI).

Ces remarques étant faites, il existe une autre preuve de la synergie fonctionnelle des deux utérus : ce sont les *réactions gravidiques du second utérus*. En effet, si l'utérus gravide va subir les modifications d'un utérus normal, l'utérus non gravide lui aussi va subir cette évolution : il augmente de volume, sa cavité s'agrandit, son col se ramollit et diminue de longueur, ses modifications histologiques sont les mêmes que dans un utérus normal [hypertrophie des fibres musculaires, augmentation de la vascularisation sanguine et lymphatique, épaissement de la muqueuse utérine qui rappelle tous les caractères de la caduque d'un utérus gravide, et qui sera d'ailleurs expulsée].

En outre, *l'utérus vide se contracte pendant le travail*, et ce fait important pour le diagnostic, justifierait à lui seul l'intérêt de ces remarques physiologiques.

GÉNÉRALITÉS — FRÉQUENCE — HISTORIQUE

Les malformations congénitales ont toujours excité la curiosité. Autrefois, elles étaient un objet de terreur. Aujourd'hui encore, elles sont pour le public un sujet d'étonnement et de septicisme, une source de préjugés et de croyances. Aussi les relations anciennes bien faites et dignes de foi en sont-elles rares. En particulier, les organes génitaux ont toujours été domaine réservé, et si les malformations utérines sont connues depuis HIPPOCRATE, ce n'est que depuis peu qu'elles ont été observées de façon méthodique et étudiées scientifiquement, surtout du point de vue obstétrical. Nous n'avons d'autre ambition que d'étudier ici un point particulier de ce difficile problème.

KUSSMAUL écrivait vers le milieu du siècle dernier que les utérus doubles — malformation utérine de beaucoup la principale — pouvaient supporter des grossesses et accouchements qui dans la majorité évoluaient normalement. Cependant, si l'on parcourt la littérature du sujet, on constate que des complications fréquentes peuvent survenir, tant pendant la grossesse que l'accouchement, et que ces complications sont loin d'être négligeables : « Si cependant, dit CHATILLON, la grossesse est menée à terme sans incident, l'accouchement évolue souvent spontanément, nécessitant plus fréquemment une intervention. Si l'on considère l'ensemble des cas rapportés dans la littérature, on remarque

que les accidents causés par la présence des malformations par duplicité utérine sont relativement fréquents. »

Trois ordres de causes peuvent en effet venir contrarier le travail :

— les unes peuvent venir du vagin, surtout par la bride médiane ;

— les autres tiennent à l'utérus gravide : insuffisance ou excès des contractions, inclinaison utérine ou sténose du col ;

— les derniers, enfin, tiennent à l'utérus non gravide qui fait obstacle par sa position (rétroversion) ou son augmentation de volume (par simple augmentation, par hématome, ou par gravidité), ou par les deux associées.

« Mais, comme le dit DELAS dans sa thèse, la plus grande dystocie à redouter dans ces malformations, c'est l'enclavement de l'utérus non gravide dans le petit bassin, formant tumeur praevia comme un fibrome ou un kyste de l'ovaire par exemple. » C'est aussi l'opinion soutenue par BOUSCARLE (*Thèse de Paris*, 1924) qui précise même : « La grande dystocie à craindre est celle due à l'obstacle que peut former le corps de l'utérus voisin qui peut rester enclavé dans le petit bassin et jouer véritablement le rôle d'une tumeur praevia (1). »

Normalement, en effet, pendant la grossesse, l'hémi-utérus non gravide d'un utérus double suit le mouvement d'ascension de l'hémi-utérus gravide et remonte au-dessus du détroit supérieur par le même mécanisme qui préside à l'as-

(1) Cette éventualité est encore signalée dans deux thèses récentes : LECLERC (*Thèse de Nancy*, 1935) : « Mais il peut arriver que l'utérus non gravide loin de remonter, se trouve enclavé dans l'excavation, jouant alors le rôle d'une tumeur praevia », et HAMELIN (*Thèse de Paris* 1935) : « Dans le cas où les deux hémi-utérus sont nettement séparés ou seulement accolés par leur portion cervicale, l'organe non gravide est susceptible par son poids et sa mobilité de créer une cause de dystocie lors de l'accouchement du côté opposé. Cet hémi-utérus peut se retroverser et s'enclaver dans le Douglas, il peut encore rester bloqué dans le petit bassin en avant de l'extrémité inférieure de l'utérus gravide. »

cension d'un fibrome. Mais il peut ne pas en être ainsi : pour des causes variables, l'hémi-utérus vide reste à un endroit variable du bassin osseux et forme un obstacle à l'accouchement : la dystocie que nous étudions est née : c'est en somme la *véritable complication particulière* à l'accouchement dans un utérus double (Ротоски), c'est une *dystocie mécanique, et maternelle*, et c'est elle seule que nous aurons en vue. Elle fait partie, d'après COURTOIS, des dystocies « complexes ».

Dans les différents ouvrages que nous avons consultés, deux choses nous ont frappé :

— tout d'abord la rareté des observations et l'absence de statistique,

— ensuite la connaissance récente de ces faits.

Quelle est en effet, par rapport au nombre d'utérus doubles la **fréquence** de la dystocie par l'hémi-utérus non gravide praevia ?

En 1906, dans une statistique demeurée la seule, DUBREUIL et CHAMBARDEL réunissent 596 cas connus d'utérus doubles ; à cette époque, d'après les observations que nous avons pu recueillir, il n'y a que 6 cas connus de dystocie par l'hémi-utérus non gravide praevia : ce qui fait un pourcentage de 1 %.

Il s'agit donc, comme nous le voyons, de *raretés* obstétricales ; un fait semble confirmer cette opinion : certains accoucheurs n'en ont jamais publié un cas dans leur carrière (DELAS).

Néanmoins, il ne paraît pas possible d'admettre ce pourcentage, qui est trop faible : sans pouvoir donner des chiffres précis, disons simplement que ces cas de dystocie sont plus fréquents qu'on ne pense, et nous n'en voudrions pour preuve que le nombre croissant d'observations parues ces dernières années : à mesure qu'on observe mieux on trouve

davantage ; nous avons personnellement retrouvé 21 observations depuis 1906, dont 19 depuis 1920.

Mais ce qui est beaucoup plus intéressant, c'est la constatation de la **connaissance relativement récente de cette dystocie** :

— GAUTRELET, dans sa thèse à la Faculté de Paris, en 1895, [De l'accouchement dans les malformations utérines] ne la signale pas encore.

— BOUSQUET, le premier, en parle en 1902 dans sa thèse à la Faculté de Montpellier ; cependant il ne cite que ces quelques phrases :

« L'engagement a été parfois empêché ou considérablement gêné par la présence de l'utérus vide à cause de sa situation vicieuse ou de son augmentation de volume. La rétroversion de l'utérus gravide peut être, en effet, une cause de dystocie (BOUSQUET cite alors ses quatre premières observations). L'utérus vide joue par rapport à l'utérus gravide le rôle d'une tumeur enclavée dans le petit bassin... »

— Puis d'autres auteurs « effleurent » cette question ; ce furent successivement :

BÉASSE [*thèse de Paris*, 1903-1904] : « Nombreuses sont en pareil cas les causes de dystocie, en particulier : enclavement de l'utérus non gravide qui, au lieu de remonter, peut venir jusqu'au détroit supérieur oblitérer une partie du bassin et rétrécir par conséquent l'excavation d'autant. »

STERN [*thèse de Paris* 1910-1911] ; LAURENT [*thèse de Montpellier*, 1912-13], CAPLAIN [*thèse de Paris*, 1926] : « L'utérus double est souvent dans l'accouchement une cause de dystocie qui peut être due à l'utérus inhabité *prae-via*. »

— Enfin, MONTFORT [*thèse de Paris*, 1931] pose les déductions thérapeutiques sur une telle indication : « L'engagement a été parfois empêché par la présence de l'utérus vide à cause de sa situation vicieuse. L'utérus vide peut jouer par rapport à l'utérus gravide le rôle d'une tumeur enclavée dans

le petit bassin et nécessiter une césarienne : c'est alors une véritable tumeur praevia. »

Et cependant, si l'on reprend l'historique des observations parues sur cette dystocie, on s'aperçoit que le premier cas en a été publié :

en 1873, par MÜLLER : accouchement terminé par les voies naturelles ;

en 1876, BORINSKY rapporte la deuxième observation : céphalotripsie ;

en 1877, BENICKE fait un forceps pour une dystocie de même ordre.

puis successivement DOS SANTOS TAUFFER, HOLZAPFEL, etc., citent d'autres cas, avec terminaison du travail par les voies naturelles, soit spontanément après réduction de la tumeur, soit artificiellement après extraction, version, ou forceps lorsque la tumeur n'avait pas été réduite. (Il est intéressant de remarquer que les six premières observations de cette dystocie ont été recueillies en Allemagne).

Mais c'est à POTOCKI que revient l'honneur d'avoir publié en 1920, dans la revue : Gynécologie et Obstétrique, l'observation magistrale d'une femme, césarisée par lui pour la dystocie causée par la corne non gravide rétrofléchie d'un utérus didelphe : c'est la première césarienne pratiquée sur une telle indication.

Depuis, le nombre d'observations va croissant, tant en France qu'à l'étranger.

Mais il n'existe aucun travail d'ensemble sur la question ; nulle part nous n'avons trouvé un essai sérieux de diagnostic et surtout d'indications thérapeutiques nettes ; dans cette étude, nous tiendrons compte essentiellement de nos observations : nous les analyserons minutieusement, et nous tenterons de réunir les éléments connus et les faits patents pour en faire la synthèse : c'est là le but de notre thèse.

En résumé : La dystocie par l'hémi-utérus non gravide « praevia » est la *véritable complication particulière* à l'accouchement dans un utérus double ; c'est une *dystocie maternelle, mécanique, rare, mais grave, et de connaissance relativement récente.*

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Müller, 1873 (in *Arch. f. Gyn.*) [Résumé succinct].

Il s'agit d'une femme, multipare, que MULLER assista à deux reprises. Chaque fois une tumeur vint mettre obstacle à l'accouchement, venant se loger au détroit supérieur, oblitérant une partie du bassin, rétrécissant l'excavation, « jouant le rôle d'un fibrome praevia ».

Cette tumeur fut repoussée en haut et latéralement par MULLER, mais l'accouchement, très difficile, se termina par la mort de l'enfant.

L'existence de deux vagins révéla à cet auteur la nature de la tumeur : c'était la corne vide hypertrophiée venue se loger là.

OBSERVATION II. — Borinsky, 1876 (in *Arch. f. Gyn.*) [Résumé succinct].

L'auteur décrit l'accouchement d'une femme qu'il fut appelé à voir : l'enfant se présentait par le siège ; le deuxième utérus descendant avec la tête dernière, BORINSKY essaya d'exécuter cette manœuvre simple — refouler en haut et latéralement cette tumeur praevia — mais ne put y parvenir. La céphalotripsie fut nécessaire — donc, enfant mort. La cause de la dystocie ne put être affirmée à ce moment, mais fut confirmée ultérieurement à l'autopsie : il existait bien un utérus double, et la tumeur praevia avait donc été l'hémi-utérus non gravide.

OBSERVATION III. — Benicke, 1877 (in *Zeits. f. Geb. und Gyn.*).

Accouchement dans un cas d'utérus et de vagin double.

Primipare de 28 ans, à terme, examinée au moment du travail. Septum vaginal complet : le conduit vaginal du côté droit est un peu plus étroit. La partie supérieure de la cloison est fortement repoussée à droite par le sommet. Corne utérine gauche gravide occupant le milieu du ventre comme un utérus normal. Orifice utérin gauche complètement dilaté. Sommet en occipito-iliaque droite transverse (O. I. D. T.), reposant sur le détroit supérieur ; le siège occupe le fond de l'organe ; le dos est perçu directement à droite. Bruits du cœur fœtal à droite. Bosse séro-sanguine. On ne sent pas la corne utérine droite par le palper combiné au toucher vaginal. Le vagin droit conduit à un col où une sonde, introduite, s'enfonce jusqu'à 11 centimètres. La corne inhabitée, mais très hypertrophiée, est donc située derrière l'utérus gravide, et à droite, en rétroversion : c'est là qu'arrive le doigt vaginal. L'engagement progresse lentement. Bassin légèrement rétréci : 11 cm. 5. Forceps. Enfant étonné, vite ranimé, ayant le volume d'un enfant à terme.

Délivrance artificielle pour hémorragie. Après la délivrance artificielle, et toujours sous chloroforme, on constate par le toucher combiné au palper l'indépendance absolue des deux vagins et des deux utérus.

Périnée intact, mais la cloison intervaginale est légèrement entamée.

Au 13^e jour après l'accouchement, l'utérus gauche mesure 7 centimètres de long ; le droit, 8 centimètres (c'est-à-dire la corne inhabitée) est en rétroversion.

OBSERVATION IV. — Dos Santos, 1888 (in *Zeits. f. Geb. und Gyn.*) [Résumé succinct].

Malformations de l'utérus.

Secondipare à terme. Antérieurement, avortement de six mois. Corne utérine droite gravide. Tête de l'enfant déviée vers la fosse iliaque droite. Col gauche perméable, par lequel on pénètre dans une tumeur grosse comme le poing, de consistance mollassse, occupant à gauche l'excavation et le détroit supérieur. Sous le chloroforme, on repousse en haut et en avant la tumeur qui vient se placer au-dessus

du ligament de Fallope. Les douleurs deviennent plus fortes, les deux cornes utérines se contractent simultanément. Accouchement spontané d'un enfant vivant.

OBSERVATION V. — Tauffer, 1888 (in *Centralb. f. Gyn.*) [Résumé succinct].

Accouchement compliqué par un utérus didelphe.

IV^e pare, deux accouchements antérieurs à terme, terminés l'un par le sommet, l'autre par le siège, un avortement.

La malformation n'a été reconnue qu'au 4^e accouchement. Présentation du siège. Le travail n'avance pas. On examine, et on trouve alors au toucher, dans la moitié droite du bassin, une tumeur lisse et régulière du volume du poing. On pense d'abord à un hématome, mais ayant reconnu la présence de deux vagins, on diagnostique un utérus didelphe avec corne inhabitée logée dans l'excavation pelvienne. Extraction lente du siège sans trop grande difficulté. Enfant à terme, bien développé (il n'est pas dit si l'enfant est vivant ou mort). Le 3^e jour des couches, expulsion de la caduque de l'hémi-utérus non occupé.

OBSERVATION VI. — Holzapfel, 1893 (in *Centralb. f. Gyn.*).

Rétroflexion de la corne non gravide d'un utérus didelphe comme cause de dystocie.

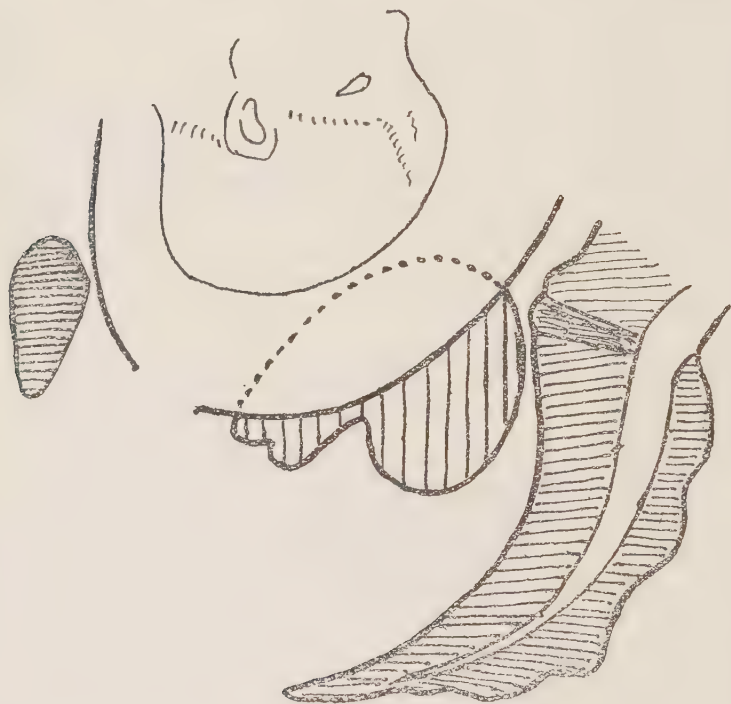
Il s'agit d'une femme qui, âgée de 25 ans, avait été réglée à 16 ans : règles régulières mais douloureuses jusqu'à 20 ans ; à ce moment elles deviennent très irrégulières, restent douloureuses, et s'accompagnent de pertes purulentes. Alors, à l'examen : hymen intact ; le doigt pénètre dans un vagin et arrive sur le museau de tanche d'un premier utérus, dont l'orifice regarde directement à gauche.

Le fond de cet utérus est repoussé en haut et à droite par une masse assez considérable qui fait également saillie sur la paroi latérale gauche du vagin. En exerçant une pression sur ce renflement, c'est-à-dire au niveau de la paroi latérale gauche du vagin, on fait sortir à ce niveau une goutte de pus. On pratique l'excision complète de cette paroi, on nettoie la cavité, et l'on pénètre alors dans un second vagin, c'est-à-dire dans le vagin gauche fermé à sa partie inférieure. A sa partie supérieure se trouve le museau de tanche d'un second utérus ou utérus gauche. Le fond de cet utérus peut être

senti, et est situé à gauche. L'orifice cervical, très petit, ne veut pas se laisser pénétrer par l'hystéromètre.

Quatre ans plus tard, la femme, primipare, revient accoucher : elle est en travail. Examinée, on constate par le palper une présentation du sommet au détroit supérieur. Le ligament rond gauche est tendu et nettement senti, il s'élève verticalement et s'insère à la hauteur de l'ombilic.

Par le toucher, on arrive sur un long col, perméable, qui laisse



facilement pénétrer un doigt : il est raccourci d'environ 1 centimètre. La cavité utérine est tapissée par une muqueuse épaisse.

On sent également le fond de cet utérus qui est en rétroversion, dans la concavité du sacrum, au-dessous du promontoire un peu saillant = 11 centimètres. Cet utérus représente l'utérus droit non gravide, ayant le volume du poing.

Entre le col de ce dernier, qui est en arrière, et la symphyse pubienne qui est en avant, on arrive sur le col de l'utérus-gauche, juste derrière la symphyse : il présente une dilatation de 5 centimètres avec une poche des eaux intacte.

Les douleurs existaient aussi du côté droit, il fut impossible de réduire cette tumeur — corne utérine droite inhabitée — ce qu'on attribua à la saillie du promontoire. Le col de l'hémi-utérus vide se raccourcit peu à peu et se dilata.

A la dilatation complète, la tête ne s'engageant pas et étant retenue au détroit supérieur, à cause de l'augmentation de volume et de la rétroversion de l'utérus non gravide, on rompt les membranes, et on fait une version podalique, assez difficile. L'enfant meurt pendant l'extraction. Son poids est de 3.150 grammes, sa longueur de 51 centimètres.

La délivrance terminée, on fit l'extraction manuelle de la caduque de l'utérus droit pour éviter la fièvre dans les suites de couches comme on l'a observée dans les cas antérieurs où on l'avait laissée. La malade fut examinée après la délivrance ; on constata la séparation absolue des deux utérus. Entre les deux cols existait un mince ligament.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION VII. — Pierra L., 1908 (in *Bullet. de Soc. d'Obst. de Paris*).

M^{me} S..., 26 ans, primipare, réglée à 14 ans, peu d'abord, puis plus abondamment, toujours irrégulièrement et avec intervalles d'aménorrhée complète de 6, 8, 10 mois. Mariée en avril 1907 ; le mari s'aperçoit que les rapports présentent parfois des difficultés. Les dernières règles sont du 15 mai 1907. L'examen à 6 mois fait constater un utérus manifestement bilobé, lobe droit plus développée. La paroi utérine s'applique étroitement sur le fœtus qui ne peut être mobilisé ; la mère perçoit peu de mouvements. Il existe une cloison vaginale de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, plissée comme la muqueuse vaginale normale. Le vagin droit est plus large ; un seul col. Présentation du siège. Lors de l'accouchement, qui se fit à terme, l'enfant vint se placer à cheval sur la cloison vaginale qu'on fut obligé de sectionner. L'utérus non gravide, praevia, plus ou moins

situé dans l'excavation, gêne un certain temps l'engagement, mais remonte spontanément.

Délivrance normale.

Dans les suites de couches, légères rétentions lochiales.

OBSERVATION VIII. — Lequeux, 1910 (in : *Soc. d'Obst. de Paris*).

Utérus didelphe gravide.

M^{me} G..., primigeste, 24 ans. Dernières règles le 25 juillet 1909.. Entre à la clinique Tarnier le 27 avril 1910 pour attendre son accouchement. Règles irrégulières, manquant un mois, ou deux fois par mois, durant quatre jours, assez abondantes, un peu douloureuses. Aucun antécédent pathologique.

Examen : utérus normalement développé pour une grossesse près du terme ; mais le fond est fortement dévié vers la droite. D'ailleurs, l'utérus est presque entièrement logé dans la moitié droite de l'abdomen ; il est allongé, cylindrique ; sur son bord droit on sent un ligament rond qui n'est pas perceptible à gauche. Au-dessus du détroit supérieur, on trouve un siège mobile, le fond de l'utérus est occupé par la tête fœtale.

Au toucher, on constate l'existence d'une cloison vaginale complète que le hasard d'une exploration bidigitale fait reconnaître.

L'exploration est difficile, il semble cependant que l'on sente très à droite le col d'un utérus gravide et que le fond du vagin soit occupé à gauche par une masse du volume d'un petit œuf, indépendante de l'utérus gravide, et ressemblant à un utérus non gravide basculé en latéroversion très nette.

On ne sent pas d'ailleurs au toucher d'autre cavité cervicale, ce qui tient à ce que l'utérus non gravide, littéralement couché au fond du vagin, dirige son museau de tanche au contact de la cloison vaginale qui fait opercule.

C'est du moins le diagnostic auquel on se résoud après un examen au spéculum. Il s'agit donc vraisemblablement d'un cas d'utérus didelphe avec vagin double et grossesse développée dans l'utérus droit.

Le fœtus est en présentation du siège.

L'utérus non gravide est devenu en quelque sorte praevia et latéroversé, et pourra être cause de dystocie.

Le bassin est normal.

[Nous n'avons pu retrouver dans nos recherches bibliographiques un compte rendu de l'accouchement et savoir, par conséquent, si l'hémi-utérus non gravide et praevia a été cause de dystocie. Mais nous avons tenu à citer cette observation parce qu'elle tend à prouver que la dystocie peut parfois être prévue.]

OBSERVATION IX. — Potocki, 1920 (in *Gynécologie et obstétrique*).

La nommée S..., 23 ans, primipare, entre à la Maternité le 12 novembre 1919 dans la soirée.

Rien à noter dans ses antécédents.

Réglée à 14 ans, règles abondantes, douloureuses un mois sur deux (?) nous dit la malade.

Elle n'a jamais consulté pendant sa gestation, et se présente à l'hôpital parce qu'elle ressent quelques douleurs de ventre. Les dernières règles sont du 15 au 20 février, donc la gestation est de 8 mois $1/2$ environ.

L'examen pratiqué à l'entrée a permis à la sage-femme de garde de faire les constatations suivantes : utérus développé comme pour une grossesse au cours du 9^e mois, fond utérin un peu incliné à gauche, contractions espacées ; tête en bas, mobile, tendant à fuir vers la fosse iliaque droite, dos à gauche ; bruits du cœur bons. Le toucher démontre qu'il existe deux vagins, complètement séparés sur toute leur longueur par une cloison verticale antéro-postérieure, étendue du fond du vagin jusqu'à l'insertion de l'hymen où elle est épaisse de 8 à 10 millimètres. Au fond du vagin gauche on sent un col, mou, long (de 2 centimètres), admettant facilement le doigt qui arrive sur des membranes flasques, au delà desquelles on sent la tête fœtale mobile. Au fond du vagin droit, aussi perméable que le vagin gauche, on trouve un second col de 3 à 4 centimètres de longueur. On trouve de plus dans le cul de sac postérieur, en explorant par le vagin gauche aussi bien que par le vagin droit, une tumeur ferme, lisse, arrondie, du volume d'une orange, située immédiatement en avant du sacrum. On porte donc le diagnostic de vagin double et d'utérus didelphe, avec corne gauche gravide, et on pense que la tumeur perçue dans le cul de sac postérieur est la corne utérine droite augmentée de volume du fait de la gesta-

tion. La femme n'ayant presque pas de douleurs est laissée au repos pendant la nuit.

Le lendemain, 13 novembre, je confirme le diagnostic, et constate que l'état s'est peu modifié. L'utérus a une forme plus allongée qu'à l'état normal, mais il est médian. La tête n'est pas tout à fait d'aplomb sur l'aire du détroit supérieur, mais a tendance à fuir vers la fosse iliaque droite. Au toucher, le col gauche, celui de la corne gravide, n'est pas complètement effacé, mais largement perméable ; on atteint aisément la tête fœtale, haut située et mobile. Le col droit se laisse traverser facilement par le doigt qui, après un trajet de 3 à 4 centimètres, bute contre la présentation. Mais je constate que le canal cervical se prolonge au delà et qu'il suffit de recourber le doigt en le dirigeant en arrière et à gauche, pour le sentir pénétrer dans la corne utérine vide.

Il s'agit donc bien d'un utérus didelphe dont la corne utérine droite, inhabitée, est rétroversée et prolabée dans le Douglas, au lieu d'être située dans la fosse iliaque, sur le côté de la corne gravide, comme c'est le cas habituel.

La présence dans l'excavation de cette tumeur volumineuse nous fait craindre qu'elle n'apporte un obstacle à la marche du travail. L'indication est donc de chercher à la mobiliser et à la refouler au-dessus du détroit supérieur, ainsi qu'on le fait pour les tumeurs praevia. Cette réduction est tentée, mais sans succès. La corne utérine ne se mobilise pas et ne peut être déplacée. Force est donc d'abandonner le travail à lui-même en en surveillant la marche. Y aura-t-il réduction spontanée de la tumeur ? Ou bien, celle-ci restant en place, le fœtus s'engagera-t-il et trouvera-t-il un espace suffisant pour passer ? C'est ce que nous ne pouvons encore prévoir.

Toute la journée se passe avec des douleurs irrégulières et faibles, mais pendant la nuit les contractions se rapprochent et deviennent plus intenses.

Le 14 novembre au matin, la tête est toujours très mobile, elle appuie mal sur le détroit supérieur, malgré d'assez fortes contractions utérines ; le col gauche n'est pas encore complètement effacé, mais dilatable comme 2 francs ; les membranes sont intactes, la poche des eaux distend bien le segment inférieur pendant les contractions. La corne utérine droite est toujours prolabée. L'enfant ne paraît pas souffrir, mais la parturiente est très fatiguée. Le travail

n'a guère fait de progrès depuis 36 heures et on a l'impression que l'accouchement est impossible.

Dans ces conditions, nous nous décidons à extraire le fœtus par la voie haute, avant qu'il ne se produise d'accidents, comme nous le ferions pour un fibrome ou un kyste ovarien praevia, et à agir ensuite suivant les circonstances.

Je pratique donc la laparatomie à 10 h. 15 du matin, le 14 novembre, avec l'assistance de M. LEVANT.

Incision médiane commençant à trois centimètres au-dessus de la symphyse et remontant à quatre centimètres au-dessus de l'ombilic. Extériorisation de l'utérus qui présente un ligament rond et des annexes normalement développées sur son bord gauche et rien sur son bord droit. Je cherche à introduire la main dans l'excavation, pour en dégager la corne utérine vide, mais je n'y parviens pas. Je me résouds en conséquence à pratiquer l'opération césarienne.

Incision verticale de la paroi utérine qui n'a guère qu'un centimètre d'épaisseur. Je tombe sur le placenta qui occupe la moitié inférieure de l'incision. Ouverture des membranes et extraction d'une fille pesant 2.800 grammes, qui crie aussitôt.

Délivrance complète et facile.

On injecte à deux reprises différentes 1 centimètre cube d'ergotine pour rétraction insuffisante de l'utérus, mais sans hémorragie notable. Une mèche est passée à travers le col. Suture de l'utérus en trois plans au catgut. Après fermeture de l'utérus, l'exploration du petit bassin, nous montre qu'il existe une cloison médiane antéro-postérieure, sous forme d'un feuillet mince mais résistant, haut de 8 à 10 centimètres, étendu de la vessie en avant, au rectum et à l'anse sigmoïde en arrière. Au-dessous de cette cloison on trouve la corne utérine droite non gravide, qui est rétroversée et plonge dans l'excavation : on la redresse facilement. Les annexes droites sont normales.

Suture de la paroi abdominale en deux plans au catgut avec agrafes sur la peau. On retire la mèche utérine et on tamponne le vagin avec de la gaze iodoformée. Les suites opératoires, normales les premiers jours, furent ensuite compliquées par la suppuration d'une anse de catgut profonde. Il s'établit une fistule utéro-pariétale, rapidement guérie par des pansements à la liqueur de Dakin.

La femme sortit en très bon état le trentième jour après l'inter-

vention. A ce moment, l'utérus gauche, césarisé, remontait à quatre travers de doigt au-dessus du pubis et son col était complètement fermé. Quant à la corne utérine droite, elle est de volume normal, mobile, appliquée le long de sa congénère, sans tendance à la rétroversion. Il n'a pas été expulsé de caduque pendant les suites de couches par la corne non gravide.

L'enfant a été allaité dans de bonnes conditions par sa mère. Il pèse à sa sortie de l'hôpital 3.475 grammes.

OBSERVATION X. — T. G. Stevens, 1920 (in *Proceeding of the Royal Society of medicine*).

C'est l'observation d'une femme de 32 ans, admise à l'hôpital, étant en travail depuis deux jours ; elle a de fortes douleurs, mais les contractions utérines paraissent peu efficaces. L'utérus est développé comme un utérus à terme, la tête au fond. Au toucher, on sent une tumeur fluctuante qui est prise pour un kyste de l'ovaire — ce même diagnostic avait déjà été fait un mois auparavant — ; on fait l'incision classique et l'on extrait l'enfant. Mais on remarque que la tumeur pelvienne est une poche développée aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus, alors que le fond reste adhérent au pelvis. On extériorise l'utérus, et l'on découvre cette masse à gauche de l'utérus, et l'on reconnaît que cette masse est formée par un utérus énorme qui s'est épaissi. Comme l'incision portait exactement au milieu, les deux moitiés de cet utérus bicorne ont été ouvertes par l'incision.

OBSERVATION XI. — Balard, 1923 (in *Société de Médecine et chirurgie de Bordeaux*, 1926).

Utérus didelphe. Au cours d'un premier accouchement, corne non gravide praevia prise pour un fibrome. Diagnostic exact fait avant une deuxième grossesse. Césarienne.

M^{me} M..., 40 ans, vient nous consulter en septembre 1924. Elle a déjà eu une grossesse et un accouchement, suivis de près par un accoucheur de carrière, fort distingué, qui nous a fourni les renseignements suivants :

Première grossesse : dernières règles 27 juillet 1921. Examen le

8 décembre 1921 : l'utérus remonte à l'ombilic, et on constate sur le segment inférieur une induration immobile, comme cartilagineuse, de la grosseur du poing, dont la partie supérieure est inaccessible.

12 janvier : la tumeur est fixée au-devant du col, celui-ci dévié à droite, quoique l'utérus soit incliné à droite. La tumeur paraît avoir grossi, et s'être assouplie. On diagnostique un fibrome.

27 mars : présentation de la tête au-dessus de la tumeur. Au tou-



cher vaginal, tumeur élastique, empêchant de découvrir la tête ni aucune partie fœtale.

18 avril : présentation du siège.

22 avril : rupture prématurée des membranes.

23 avril : dilatation complète. A 7 heures : bruits du cœur modifiés ; à 8 heures, plus de bruits du cœur. Pour des raisons matérielles, l'extraction est retardée jusqu'à onze heures. Extraction

facile d'un enfant de 2 kg. 620 qui se présentait en siège décomplété mode des fesses. Suites normales,

Revue par son accoucheur le 5 juillet 1923. Masse tumorale se confondant avec l'utérus, de grosseur du poing, inclinée à droite ; col de l'utérus tourné à gauche. Le segment inférieur est dirigé à droite. Introduction de l'hystéromètre impossible. « Probabilité de dystocie, si accouchement, et césarienne pour enfant vivant. »

Examen personnel (septembre 1924). M^{me} M..., vient nous consulter en racontant son accouchement et parce qu'elle a un retard des règles de quelques semaines, succédant à un autre retard de 10 mois survenu en juin et terminé par un écoulement sanguin abondant qui en aurait imposé pour un avortement.

L'examen pratiqué avec deux doigts permet immédiatement de faire le diagnostic de vagin double. L'utérus droit semble plus volumineux que le gauche. Le diagnostic de gestation est douteux. C'est le second utérus qui a été évidemment pris pour un fibrome.

Les règles reparaissent normales et M^{me} M... revient consulter en décembre 1925, enceinte de 4 mois.

Deuxième grossesse : Dernières règles du 10 au 15 août 1925. La gestation évolue dans l'utérus droit et l'évolution en est normale.

Le 10 avril on fait le diagnostic de présentation du siège décomplété non engagé, mais irréductible. Discussion de la conduite à tenir. L'accouchement par les voies naturelles est possible, les événements l'ont prouvé lors de la précédente grossesse, mais si l'enfant est passé aisément, il est mort pendant le travail. C'est pourquoi la tumeur praevia, l'âge de la malade et son désir d'avoir un enfant vivant nous autorisent à proposer une césarienne, qui est acceptée et pratiquée le 12 mai 1926. Sous anesthésie générale : césarienne classique, conservatrice sur le désir même de la malade.

Les suites furent d'abord normales. Vers le 15^e jour, poussée fébrile correspondant à un peu d'endométrite, puis tout s'arrange.

OBSERVATION XII. — Fitzpatrick, 1924 (in *Western Medical Review* XXIV-227, et *J. Am. Inst. Homoeop. Chicago*, 1924, XVII).

Il s'agit d'une femme dont FITZPATRICK raconte l'histoire ; cette

femme eut des grossesses successives dans chaque cavité d'un utérus double, de variété didelphe. A chaque accouchement, une opération césarienne fut pratiquée et chaque fois pour la même raison : dystocie causée par la rétroversion de l'hémi-utérus non gravide.

OBSERVATION XIII. — Arthur T. Jones, 1925 (in *Am. J. of Obst. and Gynec.*)

Utérus bicorne avec grossesse. Section césarienne.

M^{me} L..., 21 ans, de race blanche, mariée depuis 2 ans et 5 mois ; réglée à 13 ans, tous les 28 jours : règles douloureuses pendant 5 jours, quoi qu'elles ne durent par elles-mêmes que 2 ou 3 jours ; elles sont d'abondance moyenne, et n'ont pas été modifiées par le mariage. Dernières règles : 27 août, donc actuellement grossesse de 2 mois.

L'examen montre l'existence d'un double vagin, avec une cloison médiane dans presque toute l'étendue du vagin et un col distinct et étroit au fond de chaque canal. L'utérus est quelque peu augmenté, mais il est impossible de savoir de quel côté siège la grossesse. Dix-neuf jours après cet examen, nous levons l'obstacle vaginal constitué par la cloison, pensant que ce serait une gêne assurée pour le travail, et ne sachant pas encore si précocement qu'une césarienne serait nécessaire.

Le 19 juin 1924, la femme est vue à la consultation, 2 semaines environ avant sa période, présumée normale, d'accouchement. La dessus, la césarienne fut décidée.

Le lendemain, 20 juin, la patiente commence à avoir les premières douleurs ; on la transporte immédiatement à l'hôpital et on l'opère aussitôt. Incision haute : on trouve la grossesse du côté gauche. Extraction d'un enfant vivant, normal, du sexe masculin. Fermeture de l'utérus suivant la méthode habituelle. L'utérus droit était nettement plus volumineux qu'un utérus normal non gravide, et occupait une telle place dans l'excavation, qu'il n'aurait pas permis l'accouchement par les voies naturelles d'un enfant vivant.

Convalescence sans complications. Sortie complètement rétablie 17 jours après l'intervention.

Beaucoup de ces femmes redeviennent enceintes, et je ne vois pas de raison ni pour empêcher cette possibilité, ni pour pratiquer à nouveau une césarienne si le cas se présente.

OBSERVATION XIV. — Anderodias et Denis, 1926 (in *Delas, thèse de Bordeaux*, 1927).

Utérus double. La corne non gravide formant tumeur praevia est prise pour un fibrome. Césarienne.

M^{me} S..., primigeste, 22 ans, réglée à 16 ans : règles régulières, indolores, abondantes, durant 5 à 6 jours. Les dernières règles datent du 28 mars 1925. Les mouvements actifs sont perçus dès le 4^e mois de la grossesse. La malade est suivie pendant la grossesse par M. le D^r ANDERODIAS, envoyée à ce dernier par le médecin traitant avec le diagnostic de fibrome utérin. On sent au toucher une tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche, se contractant avec l'utérus, située sur le même plan que la tête fœtale. Le col utérin fermé est difficilement perceptible, situé très haut dans l'excavation.

Huit jours avant le début du travail, il est impossible d'atteindre le col remonté, tandis que la tête distendant fortement le segment inférieur qui la coiffe, plonge profondément dans l'excavation. La tumeur praevia est difficilement sentie à ce moment. On espère que les contractions ramèneront le col dans l'axe et permettront un accouchement normal.

Le 13 janvier à huit heures, l'œuf est ouvert, le cordon largement procident dans le vagin jusqu'à la vulve, battant faiblement. Le col est vite inaccessible. On décide d'intervenir malgré la mort de l'enfant survenue pendant les préparatifs, parce qu'on ne juge pas possible l'extraction par les voies naturelles, même après basiotripsie.

Césarienne le 13 janvier 1926 à 19 heures, après rachianesthésie. On découvre à gauche de l'utérus gravide un second utérus gros comme un poing, couché dans la fosse iliaque gauche, et qui constitue manifestement la tumeur praevia prise pour un fibrome.

Suites opératoires difficiles les premiers jours : vomissements, pouls à 140, douleurs abdominales diffuses. Tout disparaît par la suite.

OBSERVATION XV. — Metzger, 1926 (in *thèse de Fournié*, Paris, 1929) (Obs. II).

Utérus didelphe. Césarienne : l'utérus non gravide formant tumeur praevia.

Mme C..., 27 ans, primigeste, entre à la Maternité de l'Hôpital Tenon, le 14 décembre 1926.

Antécédents héréditaires : rien de spécial.

La femme a été réglée à 13 ans 1/2 ; les règles étaient régulières, duraient 5 jours environ, mais étaient très douloureuses. Dernières règles du 11 au 15 mars 1926. Depuis, aucune perte. Aucun trouble pendant cette grossesse, et c'est par hasard au début de novembre au cours d'un toucher vaginal (à la clinique Cognacq, rue de la Convention, où la femme était allée se faire examiner) qu'on trouve une tumeur qu'on prit pour un kyste de l'ovaire.

Le 1^{er} décembre elle vient consulter à la Maternité de Tenon où elle est examinée par M. le professeur METZGER qui, ayant porté le diagnostic d'utérus double, recherche alors s'il n'existait pas un deuxième vagin et il en découvre un deuxième, qui était « vierge ».

Le 14 décembre, la femme entre dans le service ; à ce moment on note une tête en bas, mobile, dos à gauche, bruits du cœur bons ; au toucher vaginal, la présentation apparaît élevée, la masse praevia est plus bloquée.

Le 30 décembre, la femme a les premières douleurs. L'utérus gauche est alors nettement praevia et tend à descendre en avant de la présentation qui ne s'engage pas. On se décide à intervenir par voie haute, en partie à la demande de la femme.

Anesthésie au chloroforme. Incision classique pour césarienne haute. Extériorisation facile de l'utérus qui est comme prévu : un demi-utérus droit avec ses annexes. Incision : le placenta est inséré en avant sur une très large surface : on décolle presque tout l'œuf avant de l'ouvrir. Extraction d'un enfant qui respire mais ne crie pas, il est endormi : c'est un garçon pesant 3.020 grammes. Délivrance. Suture en deux plans : le profond à la soie, le superficiel au catgut.

On va à la recherche du second utérus qui est indépendant et couché dans le Douglas. La conduite à tenir est délicate : on avait d'abord songé à supprimer l'utérus gravide ou l'utérus vide. Finalement étant donné que la gêne due à ce deuxième utérus est due

surtout à sa situation praevia, on solidarise les deux utérus par quelques points au catgut puis on saisit les ligaments ronds de droite et de gauche pour faire une ligamentopexie.

Suture des parois en deux plans. On ramène les ligaments ronds en avant de l'aponévrose en les suturant entre eux. Crins et agrafes sur la peau.

Au point de vue anatomique : disposition classique : deux utérus séparés et entre les deux un repli péritonéal allant à la vessie et au rectum.

Le 6 janvier : ablation des agrafes ; le 12, ablation des crins.

L'enfant meurt trois semaines plus tard : (méningite ?)

Quelques semaines après, les règles reviennent très douloureuses.

Le 3 août 1927 : apparition d'un abcès au niveau de la cicatrice opératoire. L'abcès est incisé dans un service de chirurgie où la femme reste trois jours.

Au début de septembre, au moment des règles, nouvelle suppuration au niveau de l'abcès, puis tout s'arrange en 8 jours.

Fin septembre, toujours au moment des règles, il sort du sang mêlé à du pus par une fistule qui s'est créée au niveau de l'abcès.

Depuis, la suppuration continue, et au moment des règles, du sang sort par la fistule. Aucun trouble de la miction, jamais issue de matières fécales par la fistule.

Le 16 décembre M. le professeur METZGER fait une nouvelle intervention : Hystérectomie subtotale avec castration bilatérale.

15 jours plus tard, la malade sort du service, allant très bien.

OBSERVATION XVI. — Trajan Mihailesco, 1927 (in *Gynécologie et Obstétrique*, 1927).

[Service gynécologique de Jassy, Roumanie.]

C. R..., 26 ans, est entrée dans le service de la Maternité le 23 octobre 1934, pour être accouchée.

Réglée à 15 ans, les règles normales.

Mariée à 25 ans. L'état général très bon. A très bien supporté les premiers mois de la grossesse. Il n'y a pas d'albuminurie, l'élimination des phosphates et des chlorures est légèrement augmentée.

L'examen de la vulve montre les organes génitaux externes normaux. La muqueuse de couleur violacée caractéristique de la gravidité. La vulve et le vagin sont aussi légèrement tuméfiés, les parois

vaginales molles, en contraste avec le col utérin qui est petit, conique, très dur ; l'orifice cervical est punctiforme. Le col est dévié et fixé à gauche. Le corps utérin dépasse l'ombilic de 4 travers de doigt. Tout à côté de l'utérus, on sent par le toucher bimanuel une tumeur de l'annexe gauche ; la tumeur est indolore, immobile, et indépendante du corps utérin gravide.

On diagnostique une grossesse de 7 mois avec présentation pelvienne. Par la palpation de l'abdomen on sent en haut la tête de fœtus ; le pouls fœtal est perceptible en haut et à gauche.

Le pronostic du travail réservé, à cause de la présence d'une tumeur annexée à l'utérus gravide, et surtout à cause des caractères pathologiques du col qui reste petit, très dur et fermé, malgré l'avance de la grossesse.

Le même état se maintient jusqu'au terme de la gravidité, le col ne présentant aucune modification. De même, la tumeur annexée à l'utérus garde les mêmes caractères.

Le 12 décembre, la malade commence à avoir les premières douleurs.

A l'examen, on constate que la partie présentée n'est pas du tout engagée. Le col est dur, petit, non perméable, même à son orifice externe. La tumeur annexe garde les mêmes caractères. A 2 heures du matin, la poche des eaux s'est rompue, les contractions utérines sont vives, régulières et fréquentes. Le matin les contractions persistent, pourtant il n'y a pas de modifications de la part du col, qui reste dur et imperméable même à la pulpe digitale du petit doigt. La présentation ne s'est pas engagée non plus ; les battements du cœur fœtal sont encore bien distincts et réguliers. Dix heures après la rupture de la poche des eaux, sans espoir pour un accouchement normal, on transporte la malade dans le service gynécologique, pour intervention chirurgicale. Sans examiner de nouveau la parturiente, on se décide ici pour la césarienne, puisque le fœtus commençait à souffrir. On extrait un enfant vivant, sexe masculin, pesant 2.300 grammes, position sacro-iliaque antérieure gauche, présentation pelvienne.

On se décide pour la ligature des trompes, on fait sans difficulté la ligature de la trompe droite, et quand on veut faire la même chose à gauche, on voit que la trompe de ce côté se trouve en continuité avec une tumeur de la grosseur d'une orange, de couleur rouge, con-

sistance dure et qu'on reconnaît avec surprise comme un second corps utérin.

Ce corps utérin est presque adhérent au rectum, est immobilisé par des adhérences, a une forme irrégulière, bosselée, de consistance dure, est nettement pathologique. On fait donc une hystérectomie, en conservant les annexes qui sont saines, et l'utérus qui a subi l'opération césarienne. On laisse une mèche de drainage dans le col qu'on remarque être maintenant complètement dilaté ; on refait la paroi utérine et puis celle de l'abdomen. On cherche après à tirer la mèche qu'on avait laissée dans le col, par le vagin, mais on constate que, au lieu du col largement dilaté, on trouve un petit col conique, dur, tout à fait imperméable, n'ayant pas de mèche. Examinant avec soin le vagin, on constate qu'il est double, séparé par une cloison en deux compartiments distincts, — l'un — très étroit à droite, avec les parois presque accolées où on trouve la mèche, correspondant avec l'utérus gravis, — l'autre — beaucoup plus large, correspondant avec l'utérus non gravis, donc sur un col dur et imperméable.

Cette disposition anormale du vagin a été la cause de l'erreur de diagnostic.

L'exploration du vagin et de l'utérus a toujours été faite par le vagin gauche qui était aussi le plus large tandis que l'autre a passé inaperçu. La tumeur annexée à l'utérus gravis n'était que le corps utérin non gravis, qui, dévié en arrière sous la pression de l'utérus gravis, avait contracté des adhérences étroites avec le rectum, ce qui l'avait immobilisé.

L'état post-opératoire très bon, convalescence courte ; la malade quitte l'hôpital en bonne santé.

Nous nous trouvons ici en face d'une malformation utérine représentant d'après OMBREDANNE un utérus double du premier type : corps et cols indépendants, c'est-à-dire un utérus didelphe accompagné d'un vagin double. L'erreur de diagnostic est due à l'accolement du septum vaginal masquant l'entrée du vagin droit conduisant à l'utérus gravis et au col complètement dilaté.

L'examen histologique de l'utérus hystérectomisé montre une muqueuse modifiée, analogue à celle d'un utérus gravis avec caudex, hypertrophie des fibres musculaires utérines... etc.

La dystocie, dans ce cas, doit être rapportée à la présence de la

tumeur formée par l'utérus non gravide, car la cloison pouvait être aisément sectionnée sans danger.

Pourtant si on avait diagnostiqué une malformation utérine par utérus didelphe, avec col complètement dilaté, une extraction manuelle du fœtus aurait probablement été suffisante pour sauver l'enfant et la mère sans mettre en danger la vie de la parturiente par une opération césarienne, exécutée dans des conditions peu favorables, et sous pronostic réservé.

OBSERVATION XVII. Fournier, 1928, (in *Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie*. Section de Toulouse, 1928).

Utérus didelphe ; dystocie praevia par la corne non gravide ; césarienne conservatrice ; mère et enfant vivants.

M^{me} X..., enceinte de huit mois environ nous est adressée par son médecin traitant avec le diagnostic d'utérus didelphe, de rétrécissement des parties molles et de présentation dystocique.

Examen : nous sommes immédiatement frappés par la forme très allongée de l'ovoïde de l'utérus dont les diamètres verticaux l'emportent plus que d'habitude sur les diamètres transversaux, et dont les parois gantent d'une manière très étroite le fœtus. Palper très difficile ; bruits du cœur bien frappés, au maximum au-dessous et à gauche de l'ombilic.

Toucher : Vagin double, plus étroit à gauche. Col droit, mou, irrégulier (la malade a fait une fausse-couche de quelques mois il y a deux ans) se continuant en haut avec le corps utérin perçu par la palpation. Le col gauche est plus dur que le droit et paraît se continuer en avant avec une tumeur dure ayant le volume d'une belle orange, tumeur perceptible par le toucher et le palper combinés au-dessous de la branche ischio-pubienne gauche et bloquant en partie le côté gauche et antérieur de l'excavation. Sans aucun doute, il s'agit du second utérus que nous percevons à ce niveau. Nous essayons de le mobiliser et de débloquer l'excavation, mais ne pouvons pas arriver à le déloger complètement, ni à préciser d'une manière très nette ses limites et ses rapports postérieurs.

Il est entendu qu'afin de parer à toute éventualité, la malade viendra accoucher dans une clinique où nous pourrions la surveiller et lui donner les soins nécessaires dans le cas où surviendrait une complication pendant le travail.

Nouvel examen le 14 novembre. Cette fois nous portions le diagnostic de présentation du siège en S. I. G. T. ; nous constatons en outre que le siège est très incliné et déborde en avant et à gauche l'axe antérieur du bassin, dans la région où nous avons senti le corps du second utérus lors du précédent examen. Nous constatons en outre que l'excavation est presque complètement bloquée du côté gauche et en arrière.

Accouchement : Début du travail dans la matinée du 19 novembre. A midi, effacement complet du col du côté droit, pas de modifications du col gauche ; S. I. D. T., siège très incliné, bruits du cœur bons. Nous revoyons la malade dans l'après-midi, et essayons en vain par deux fois de refouler et de remonter le second utérus qui bloquait l'excavation, une première fois à dix-sept heures, une seconde à dix-neuf heures.

Nous constatons à ce moment là des signes de souffrance fœtale ; nous constatons en outre que le siège s'est de plus en plus incliné pendant le travail, de telle sorte qu'il surplombait complètement l'axe du détroit supérieur et que les contractions, au lieu de favoriser l'ascension de l'utérus vide, ne font que l'enfoncer davantage dans l'excavation pelvienne où, par le toucher, on le sent tout à fait au devant de la présentation et enfoncé d'une telle manière que plus le travail avance, et plus l'accouchement par les voies naturelles paraît impossible. Dans ces conditions, nous décidons de pratiquer l'opération césarienne.

Opération : avec l'assistance du Dr PINAT, anesthésie par le Dr Pierre BÉZY. Laparatomie, extériorisation de l'utérus gravide, le droit (annexes implantées sur le bord droit).

Nous essayons d'atteindre l'utérus vide en glissant la main en arrière de l'utérus gravide, mais ne pouvant pas y parvenir, nous n'insistons pas pour essayer de le dégager, sachant que dans ce cas l'enclavement est tel que cette manœuvre serait non seulement inefficace, mais pourrait devenir dangereuse.

Incision utérine plus rapprochée du bord libre que du bord adhérent aux annexes, de manière à ne pas intéresser les branches transversales de l'artère utérine.

Extraction d'un fœtus en présentation du siège ; délivrance, et suture au catgut n° 3, par points séparés, les uns profonds, les autres

superficiels, de manière à parfaire, très exactement l'affrontement du péritoine.

L'opération terminée et avant de réintégrer l'utérus que nous venons de suturer, nous plongeons la main dans l'excavation pelvienne, et redressons facilement cette fois l'utérus vide qui se trouvait bloquée dans l'excavation.

Suites opératoires : quelques jours après l'accouchement, extraction à la pince d'une caduque provenant de l'utérus non gravide, caduque dont la rétention provoquait des douleurs et des poussées de température. En règle générale cette expulsion s'effectue spontanément et sans accidents. Lorsqu'elle tarde à se produire et lorsque cette rétention détermine des accidents infectieux, mieux vaut intervenir et ne pas attendre son expulsion spontanée.

La mère et l'enfant quittèrent la clinique en bonne santé vers le quinzième jour et demeurèrent encore sous notre surveillance pendant deux semaines environ.

OBSERVATION XVIII. — Metzger, 1929 (in *thèse de Fournié*, Paris 1929).

Utérus didelphe. Trois accouchements normaux, puis opération césarienne de chaque utérus à deux ans d'intervalle. Diagnostic fait au cours de l'intervention.

M^{me} G..., 42 ans, ménagère, a été réglée à 12 ans ; arrêt pendant un an ; depuis, les règles sont régulières, abondantes, durent huit jours, et sont douloureuses les premiers jours.

Antécédents héréditaires : on ne note rien de spécial.

En 1910, première grossesse ; celle-ci fut normale, et l'accouchement eut lieu à terme à la clinique Tarnier. Ce fut un siège et la femme dut être endormie. Enfant mort à huit mois de méningite.

En 1912, deuxième grossesse, également normale. Accouchement normal à terme à la clinique Tarnier. Délivrance normale. Enfant mort à un an.

En 1914, troisième grossesse, normale. Accouchement à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, pénible, enfant mort-né, tête dernière très difficile à avoir. Délivrance artificielle deux heures après l'accouchement pour inertie utérine.

Quatrième grossesse en 1926, les dernières règles eurent lieu du 18 au 22 février. Le 6 octobre la femme vient de faire examiner à la

Maternité de l'Hôpital Tenon : l'externe qui l'examine ne note rien de spécial. Nouvel examen le 12 novembre par l'interne qui signale seulement : une tête mobile, un dos à gauche, des bruits du cœur bons.



Le 22 décembre, elle est admise dans le service. A ce moment, elle est à terme ; à l'examen, la tête est mobile, très élevée, le dos à gauche, le col est long, perméable.

Dans la nuit du 23 au 24 décembre, elle ressent les premières douleurs. A 11 heures du matin, M. le professeur METZGER qui l'examine, trouve : une présentation très élevée, un col reporté en avant, et dans le cul-de-sac postérieur il sent une tumeur dure, bloquée. Il décide de faire une césarienne.

A 11 h. 30, intervention sous anesthésie, au chloroforme. A l'ouverture du ventre, il s'écoule du liquide en assez grande abondance. Extériorisation facile de l'utérus ; on tombe sur les annexes gauches ; il n'y a pas d'annexes droites. Il s'agit d'un utérus unicorne. Incision de la face antérieure et du fond : extraction du fœtus très im-

bibé de méconium, mais qui est en bon état, et qui respire dès qu'on l'a débarrassé de ses mucosités.

Délivrance : Fermeture de l'utérus en deux plans : soie et catgut. Le catgut coupe plusieurs fois, utérus friable.

On va à la recherche de la tumeur, on n'en trouve place nulle part, quoique l'on pense que cette tumeur sentie est sans doute un deuxième utérus.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Après l'opération, on examine à nouveau la femme. Par le toucher vaginal, on retrouve à nouveau la tumeur et elle disparaît à nouveau dans l'examen en position inclinée. En examinant de plus près le col : on s'aperçoit qu'il n'y a qu'un orifice externe, mais il est cloisonné, comporte deux canaux, un perméable qui va vers la gauche, un plus petit qui va vers la droite. Il s'agit manifestement d'un utérus double.

Le 1^{er} janvier, ablation des agrafes.

Le 11 janvier : nouvel examen de la femme en position gynécologique ; par le toucher on reconnaît facilement l'utérus gauche volumineux subinvolué. En arrière et à gauche dans le Douglas, une petite masse de la grosseur d'une orange correspond au second utérus. En introduisant un hystéromètre on file facilement dans la grande cavité utérine située du côté gauche. On pénètre avec peine dans la cavité droite qui file en arrière et qui a une profondeur de 9 centimètres.

Vers le 10 février 1927 : retour des règles qui, depuis, durent chaque fois 3 à 4 jours seulement. L'enfant est en bonne santé.

Le 20 janvier 1928 : nouvel arrêt des règles.

En avril 1928 : la femme a des douleurs dans le bas-ventre et urine très difficilement. Les jours suivants, la gêne augmenté, en outre dans la nuit du 10 avril elle a une perte de sang. Le lendemain la femme va consulter dans un service de chirurgie à l'hôpital Tenon où elle est gardée. Pendant huit jours on la sonde : la première fois on retire deux litres d'urine.

Au bout de huit heures, pensant à un kyste ou à une tumeur pelvienne, le chirurgien décide d'intervenir. Opération sous anesthésie chloroformique au cours de laquelle le Dr GERNEZ fait simplement un « désenclavement de l'utérus gravidé enclavé dans le Douglas ».

Les jours suivants, la femme urine normalement, ne souffre plus, et elle sort de l'Hôpital le 30 avril.

Le 20 juillet, elle revient consulter à la Maternité de Tenon. M. le professeur METZGER qui l'examine, constate un utérus cylindrique, une tête en haut, un col perméable séparé nettement en deux parties, petit orifice à droite.

Le 12 octobre : on note un utérus cylindrique, très étroit. Le toucher permet de sentir la promontoire, et dans le cul-de-sac droit et postérieur, une tumeur mollassse mais tendue formant tumeur praevia.

Connaissant les antécédents de la malade, et ayant fait le diagnostic de la tumeur, M. le professeur METZGER décide la malade à entrer à l'hôpital pour être opérée.

Le 15 octobre : intervention. Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane sus et para-ombilicale, en excisant la cicatrice. A l'ouverture de l'abdomen, on ne rencontre pas d'adhérences. On vérifie comment l'utérus gravide se présente, on l'extériorise facilement, c'est un utérus unicorne. En écartant la paroi sur le côté gauche, on reconnaît redressé verticalement l'utérus vide, qui porte la trace de la césarienne antérieure. Incision de l'utérus gravide sur son bord gauche.

Extraction en bloc de l'œuf dont la placenta s'insère en avant.

On place les pinces à mors sur la brèche utérine, et l'on pratique l'hystérectomie, d'abord de l'utérus droit, ensuite de l'utérus gauche.

Du côté droit il n'y a pas d'incident. Du côté gauche on est obligé de placer plusieurs points sur la partie antérieure du col qui est dénudée de péritoine et qui suinte. On péritonise facilement et complètement. Au cours de la péritonisation on repère et on resèque la bride qui va du rectum à la vessie.

Au moment de refermer, on remarque que l'épiploon est un peu adhérent en haut au péritoine pariétal. On le libère et on ligature sans réséquer.

Fermeture de la paroi en trois plans.

L'enfant du sexe masculin respire dès qu'on ouvre l'œuf, il a un très bon aspect. On attend près de vingt minutes pour qu'il se réveille et crie. Il pèse 2.800 grammes.

Quinze jours plus tard, la femme quitte le service en bonne santé.

OBSERVATION XIX. — Mills et Strauss, 1929 (in *Am. J. of Obst. and Gyn.*).

M^{me} W. B..., une négresse de 26 ans, née aux Etats-Unis, III pare, IV geste, vint à la clinique prénatale de l'Hôpital du Comté de King, dans les premiers jours du mois d'août 1928, attendant son accouchement pour le milieu du même mois. Ses antécédents sont négatifs. Au point de vue obstétrical, trois accouchements antérieurs, tous normaux, avec enfants vivants, tous accouchés par le siège. Toutes les grossesses siégeaient dans l'utérus droit. Lors de son accouchement antérieur, à cet Hôpital, le 14 avril 1927, elle eut une hémorragie post-partum.

Ses dernières règles datent de novembre 1927, survenues au moment normal, et normales sous tous les rapports, ce qui fait attendre l'accouchement pour le mois d'août 1928. Son état général excellent, sans aucun trouble.

L'examen montre une négresse bien nourrie et normalement développée, présentant un léger goitre.

Les diamètres sont normaux.

Le vagin est divisé dès son entrée par une cloison qui faisait saillie à la vulve pendant la grossesse et était très œdématisée. Le fait qu'une partie de cette cloison est située entre les cols, l'autre partie à la vulve, et que le bord est délabré, conduit à penser que la cloison avait été déchirée lors des accouchements antérieurs. Le col gauche est un col de multipare, légèrement déchiré, de teinte bleuâtre caractéristique, alors que le col droit est un col d'utérus gravide, déchiré, extrêmement mou et très bleu. L'utérus gauche est en rétroversion gauche, légèrement praevia, du volume d'une petite grappe de raisin, tandis que l'utérus droit est comme un utérus normal à terme. Et si l'on ne soupçonne pas un double utérus par l'existence de deux cols, on peut passer à côté de l'utérus gauche, qui est complètement éclipsé par le droit. Les utérus sont évidemment mobiles et indépendants. On ne palpe pas les annexes.

Trois jours après, la patiente entre à l'hôpital, en travail : présentation nette du siège, en position gauche antérieure, plongeant dans le bassin, membranes intactes, col non effacé, dilatation entre 2 et 5 francs, bruits du cœur fœtal à 140.

Au bout de 20 heures, on modifie la présentation, on amène les

deux pieds à la vulve, difficilement, en prenant soin d'éviter que le fœtus ne se mette à califourchon sur la cloison.

L'enfant, une fille pesant 7 livres 12 onces, est normale, sous tous rapports.

Pas de déchirure, pas de complications des suites de couches, si ce n'est une légère cystite qui disparut en quelques jours. A l'interrogatoire on ne note alors rien, l'utérus droit est normalement involué, l'utérus gauche est actuellement du volume d'une orange.

Cinq semaines après son accouchement, la malade revient nous consulter, se plaignant d'une violente douleur du côté droit de l'abdomen : on porte le diagnostic d'appendicite subaiguë. Elle insiste, ainsi que son mari, pour être stérilisée pendant son appendicectomie.

Laparotomie sous anesthésie à l'éther ; confirmation du diagnostic : l'appendice est enlevé suivant la technique usuelle. Excision, ligature et refoulement des trompes. A l'examen des organes génitaux internes : deux utérus séparés par le ligament recto-vésical, au niveau de leur bord interne. L'utérus gauche est légèrement plus volumineux que l'autre, le droit, large d'environ trois doigts $1\frac{1}{2}$. L'utérus droit est en position antérieure, bien involué et nettement mobilisable, le gauche est en rétroversion du deuxième degré, mais par ailleurs entièrement normal. Les ovaires, trompe et ligament rond gauches, ne sont pas aussi développés que du côté opposé. Pour les autres détails voir le schéma.

OBSERVATION XX. — Grosse, 1930 (in *thèse de Montfort*, Paris 1931. Observ. I).

M^{me} X..., 35 ans, primipare, envoyée par M. le D^r LEROUX, dans le service du professeur GROSSE.

Dans les antécédents héréditaires et collatéraux, on ne relève rien d'anormal.

La femme a été réglée à 15 ans.

Elle a fait une fausse-couche de deux mois il y a 3 ans (fausse-couche sans complication).

A son entrée dans le service elle est à terme. Le début de sa grossesse a été marqué par des vomissements fréquents, durant 5 à 6 mois. L'analyse de ses urines révèle la présence d'albumine.

L'examen pratiqué à son arrivée nous montre une femme en bon état général. Elle se plaint de légères douleurs lombaires.

A la simple inspection, l'utérus gravide est rejeté à droite.

Le palper nous le révèle irrégulier, ayant une forme en sablier. Le fœtus est en O. I. D. P. Les bruits du cœur sont bien frappés. Le foyer d'auscultation est très bas, la tête fœtale est fixée.



La nuit de son arrivée, à trois heures du matin, début du travail Rupture de la poche des eaux presque simultanément. La vulve est couverte de méconium. Les bruits du cœur sont lents mais bien frappés.

Au toucher vaginal, on s'aperçoit qu'il existe une cloison sagittale qui descend jusqu'à l'hymen. Cloison complète, deux conduits vaginaux totalement séparés. Au fond de chaque vagin on trouve

un col : le col droit est petit, pointu, fermé, le col gauche un peu entr'ouvert et effacé. Au-dessus du dôme vaginal, on trouve deux masses très nettes, au niveau du vagin gauche. Les deux masses sont à la même hauteur, au niveau du détroit supérieur, non engagées. Un sillon profond les sépare l'une de l'autre. La masse droite représente une tête fœtale reconnaissable à ses sutures. La masse gauche est ferme, inégale, irrégulière, bosselée, du même volume que la tête fœtale, et cette dernière masse, qui s'oppose au passage de la tête, est difficile à identifier. C'est sans doute l'hémi-utérus gauche praevia, cependant il pourrait s'agir d'un kyste de l'ovaire, la femme ayant déjà été opérée il y a 7 ans d'un premier kyste ovarien. On se décide à une césarienne.

Opération : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Incision transversale du péritoine du segment inférieur, très légèrement en deça de la zone vasculaire. Noter que le globe vésical qui n'a pu être complètement vidé gêne la manœuvre, malgré la mise en place d'une valve sus-pubienne. Dissection des lambeaux péritonéaux supérieur et inférieur. Incision du muscle utérin sur la ligne médiane. La tête fœtale apparaît en O. I. D. P. enduite de méconium. On repère avec des pinces en cœur les lèvres de la plaie utérine. Enucléation de la tête fœtale, l'enfant se met à respirer aussitôt. Après quoi on suture l'utérus en deux plans : points séparés et surjet, et on fixe les deux lambeaux péritonéaux en redingote, le supérieur d'abord, l'inférieur ensuite. Puis on procède à la vérification des annexes : à gauche on trouve l'utérus non gravide dont les annexes ont été enlevés précédemment. Ce dernier utérus est fibromateux, il est recouvert par le côlon sigmoïde, et il faut le disséquer. On pratique l'hystérectomie de cet hémi-utérus gauche. Section du ligament rond entre deux pinces. Mise en place de deux pinces J. L. Faure utérines, fermeture du col, ligatures, péritonisation.

Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont bonnes. Une légère phlébite apparaît aux sixième jour au membre inférieur droit.

Le retour de couches est normal.

Sortie guérie.

OBSERVATION XXI. — Favreau et Klein, 1931 (in *Bulletin de la Soc. d'Obst. et gynécologie*, 1931).

[Réunion obstétricale de Lille, février 1931].

Utérus bicorne vrai ; corne praevia dystocique ; désenclavement et ablation par voie haute ; accouchement par voie basse.

Il s'agit d'une grande multipare de 40 ans. Elle a eu ses premières règles à 15 ans. Elle est réglée toutes les trois semaines pendant huit jours. Depuis quelques années, elle a des leucorrhées visqueuses (métrite) et de l'hydroporrhée, de même que de légères anxiétés la veille des règles. Elle a eu six grossesses, les cinq premiers accouchements se sont produits normalement en sommet, le sixième enfant fut extrait par forceps difficilement. Tous les enfants vivent : 16, 13, 10, 8, 5, et 3 ans ; ils se portent parfaitement bien. Cette femme aurait eu ses règles du 29 décembre au 6 janvier, au mois de février elle n'aurait pas été réglée.

Ses règles sont revenues du 2 au 7 mars, puis du 29 mars au 4 avril.

A son entrée à la Maternité le 17 janvier, elle était donc au terme de sa grossesse.

Elle n'a eu aucune hémorragie d'origine utérine. Les premiers mouvements datent du 15 août. Le vendredi 16 janvier au matin, elle se rend compte et fait part à son entourage qu'elle ne sent plus remuer depuis deux jours, c'est-à-dire depuis le 14 janvier à midi.

Début du travail : le vendredi 16 à 14 heures. Dès ce moment, elle se plaint de son côté droit pendant les contractions utérines. La rupture de membranes, spontanée, se produit le 17 janvier à une heure du matin.

Le premier examen a été fait le vendredi 16 à 23 heures. Après de multiples touchers, la sage-femme se rend compte qu'il y a un obstacle pelvien. Le Docteur LAMBLIN examine la femme à 2 h. 30 le 17. Il parle de fibrome praevia et dirige la malade sur la Maternité Sainte-Anne, où elle entre à 6 heures.

A l'examen : auscultation négative, la tête n'est pas engagée, mais fortement fixée, le dos gauche. L'utérus est nettement hypotonique.

Au toucher : tête élevée, fortement fléchie, lors de la contraction col complètement dilaté avec un épaissement en croissant à droite. En arrière et à droite, on sent une tumeur dure, ovoïde, régulière de la grosseur d'un œuf de cane, sensible à la pression.

Le toucher rectal montre qu'il s'agit d'une tumeur d'origine abdominale pédiculée, praevia.

Température axillaire : 36°5.

Une intervention par voie haute est décidée et on pratique une injection de morphine. Une heure plus tard, on pratique une laparotomie sous-ombilicale. L'incision remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La main est introduite facilement dans l'excavation ; elle saisit la tumeur qui est ramenée en avant.

Injection intra-musculaire de post-hypophyse n° 2. M. KLEIN pratique le toucher vaginal et rend compte que la tête fœtale est engagée et progresse ; il fait une application de forceps facile et rapide qui permet d'extraire un enfant mort et macéré depuis plusieurs jours. Section du cordon qui est très long.

L'intervention par voie haute est poursuivie : section du pédicule qui est inséré sur la partie inférieure de l'utérus à droite ; elle se fait en plein muscle. On aperçoit alors que la tumeur est un héli-utérus ; suture du pédicule au catgut et par des points en chaînette, drainage, fermeture de la paroi en deux plans.

Délivrance naturelle. Injection intra-utérine iodée. Le coefficient fœto-placentaire est normal : enfant 3 kgr. 650, placenta 650 grammes mais le cordon est démesurément long : 80 centimètres.

A l'examen : la tumeur est violacée, ecchymotique, c'est bien un demi-utérus avec une trompe au niveau de laquelle il y a des suffusions sanguines ; le pavillon de la trompe est obstrué ; l'ovaire est grêle. La muqueuse de cet utérus présente une caduque très épaisse.

Les suites opératoires ont été relativement simples : du 2^e au 12^e jour, la température s'est maintenue entre 37 et 37°9 (température axillaire) pour redevenir normale ensuite.

OBSERVATION XXII. Devraigne, 1931. (Obs. n° 1820, citée par Lepage in *La Médecine*, avril 1935).

Dystocie par l'héli-utérus non gravide (voir : Introduction).

OBSERVATION XXIII. — Trillat, Michon et Ollagnier, 1933 (in *Bulletin de la Société d'Obst. et Gynéc.*, 1932).

[Groupe de Lyon].

Gestation dans un utérus double ; dystocie par l'héli-utérus non gravide ; césarienne basse.

M. G..., 31 ans, entre à la Maternité de la Charité le 19 avril 1932.

Les dernières règles remontent au 14 juillet 1931, elle est donc au voisinage du terme. Pas de contractions utérines, mais écoulement abondant de liquide amniotique. La température est de 37°3, la hauteur utérine de 29 centimètres, les bruits du cœur sont normaux.

L'interrogatoire révèle que cette femme a déjà eu cinq gestations terminées par des fausses couches au deuxième mois. Elle est soignée en ville par le Docteur PELLANDA qui a diagnostiqué une malformation utérine.

Le 19 avril à 12 heures, examen par M. TRILLAT. L'utérus est fortement incliné à droite. Pas de présentation engagée. La tête fœtale est perçue dans le fond de l'utérus. Au toucher, existence d'une cloison antéro-postérieure délimitant deux cavités vaginales à l'extrémité desquelles sont perçus deux cols utérins. Le col qui correspond au vagin droit paraît plus facilement perméable au doigt que l'autre.

A 17 heures : Présentation toujours très haute malgré les contractions utérines qui sont régulières depuis quelques heures. Les deux cols sont également ramollis sans que l'on puisse dire lequel correspond à l'utérus gravide.

A 18 heures : la malade présente une température de 37°8 ; le pouls est compté à 90 ; la présentation est toujours très haute. Pas de dilatation. On décide d'intervenir par voie haute.

Intervention à 18 h. 50 (TRILLAT, OLLAGNIER). Hystérotomie basse sur un segment bien constitué. Décollement du péritoine viscéral par le procédé habituel. Extraction sans difficultés d'un enfant vivant du sexe masculin, pesant 3 kgr. 250, se présentant par le siège. Suture de l'utérus et du péritoine viscéral.

L'examen du bassin montre qu'il existe un deuxième utérus à gauche, du volume d'une mandarine, de consistance dure.

Cet héli-utérus possède un ligament large, un ovaire, une trompe, et un ligament rond. Il paraît remplir l'excavation pelvienne. Un doigt vaginal placé dans la cavité vaginale gauche remonte jusqu'au col utérin de l'héli-utérus gauche ; ce col est légèrement entr'ouvert et permet l'introduction du doigt ; au-dessus de lui le doigt pénètre dans une cavité élargie correspondant à une sorte de segment inférieur surmonté par le col utérin.

Il s'agit donc bien d'un utérus didelphe bipartitus.

Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Les suites opératoires furent inquiétantes dès les premiers jours.
Ballonnement Température à 39°. Pouls à 110.

Le 26 avril, la malade présente une dyspnée intense avec crise de cyanose et mourut à 7 heures du matin.

L'autopsie ne put être pratiquée.

L'enfant quitta le service en bon état.

OBSERVATION XXIV. — Péry, 1934 (in *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de gynécologie*. Société de Bordeaux).

Utérus à cornes indépendantes, pseudo-didelphe à un seul col ; deux césariennes successives.

M. A... 39 ans, cultivatrice, III pare, entre à la Maternité le 4 avril 1934, au terme de sa troisième grossesse et en travail depuis quelques heures avec un œuf ouvert.

Ses antécédents sont intéressants.

— En 1927, au terme de sa première grossesse, elle est arrivée à la Maternité, en travail, avec une procidence du cordon et un enfant mort.

Au toucher, on trouvait dans le cul-de-sac gauche une tumeur praevia qui fut considérée comme un fibrome. Le Professeur ANDÉRODIAS pratique une césarienne au cours de laquelle il constata que la pseudo-tumeur praevia n'était autre qu'un hémi-utérus gauche prolabé dans le bassin : il n'y avait qu'un seul col et un seul vagin.

[donc : première grossesse :

Césarienne sur l'hémi-utérus droit, dystocie par l'hémi-utérus gauche prolabé dans le bassin].

— Trois ans plus tard, la malade revenait à la Maternité, à terme de sa seconde grossesse et en travail : cette fois il n'y avait pas de tumeur praevia, et un simple forceps permit d'extraire un enfant mort d'ailleurs à l'arrivée.

[donc : deuxième grossesse :

Accouchement par forceps d'un enfant mort, pas de tumeur praevia perçue].

— Enfin, le 4 avril dernier, les circonstances cliniques étaient comparables à celles du premier accouchement, à cela près que l'uté-

rus gauche était gravis, l'utérus droit, praevia : par contre et très heureusement, l'enfant, bien que donnant quelques signes de souffrance (modifications des bruits du cœur et émission de méconium), était encore vivant.

La dilatation étant peu avancée (2 fs.) et la malade acceptant toute intervention susceptible de lui donner un enfant vivant, je n'ai fait aucune tentative de réduction de l'utérus praevia et d'extraction du fœtus par les voies naturelles.

J'ai fait sous rachianesthésie une césarienne basse qui m'a permis d'extraire un enfant vivant de 2.420 grammes. Après évacuation de l'utérus gauche je n'ai pu qu'examiner d'assez loin l'utérus droit maintenu profondément dans le bassin : sa paroi antérieure était masquée par quelques adhérences auxquelles je n'ai pas du devoir toucher.

Les suites opératoires ont été particulièrement favorables et la malade a quitté la Maternité le vingtième jour nourrissant entièrement son enfant qui pesait à la sortie 2.750 grammes.

[donc : troisième grossesse :

Même dystocie par l'hémi-utérus praevia, mais cette fois l'utérus gauche est gravis ; et le droit, non gravis, antérieurement césarisé, est praevia. Césarienne basse. Enfant vivant.

Ainsi, les deux césariennes ont porté successivement sur deux cavités utérines différentes, chacune d'elles ayant constitué un obstacle praevia lorsque l'autre était gravis].

OBSERVATION XXV. — Le Lorier, 1935. [Obs. : n° 586] (cité par Lepage in *La Médecine*, avril 1935).

Rétrodéviatiion de l'hémi-utérus non gravis et fibromateux. Dystocie par obstacle praevia traitée par césarienne basse conservatrice.

M. B..., primipare, âgée de 35 ans, dont les règles apparues à douze ans sont très diminuées depuis deux ans, a eu ses dernières règles du 10 au 14 juillet 1934 ; elle présente en septembre 1934 un utérus gravis de trois mois auquel est accolé à droite une masse grosse comme une noix paraissant appendue à la corne droite, arrondie, régulière et dure, ne présentant aucune mobilité sur l'utérus ; on porte le diagnostic de noyau fibromateux. Battements du cœur non perçus.

C'est au quatrième mois qu'on constate l'existence d'un vagin double et de deux cols. La gestation est développée dans l'utérus gauche. Le développement de celui-ci fait penser que le début de la grossesse est antérieur à la date des dernières règles.

A droite et en arrière la masse perçue a le volume d'une grosse mandarine : elle est dure, enclavée, et présente tous les caractères d'un fibrome.

Au fur et à mesure que la gestation avance, la masse fibromateuse grossit, reste irréductible, et devient tout à fait praevia : elle obture complètement le bassin.

Le fœtus est en position longitudinale avec un siège en bas mobile. Hauteur utérine : 31. Rupture prématurée des membranes le 23 février à 7 heures (à 7 mois d'après les règles). A 12 heures, intervention (M. LE LORIER). Laparotomie médiane sous-ombilicale sous anesthésie générale (SCHLEICH) après tentative infructueuse de rachianesthésie.

L'utérus gravide est le gauche, il porte les annexes et le ligament rond gauches. Césarienne basse. Extraction d'un enfant vivant (2.980 grammes). La masse pelvienne est constituée par l'hémi-utérus droit auquel sont appendues les annexes droites. Il est dur, gros comme un utérus gravide de deux mois, fibromateux, et enclavé dans la concavité du sacrum. On se borne à le redresser plutôt que de courir le risque d'une hémihystérectomie ou d'une myomectomie. Les deux utérus sont réintégrés côte à côte dans leur position normale. Suites opératoires satisfaisantes. L'enfant pesait 3.400 grammes lors de sa sortie du service.

OBSERVATION XXVI. — Frühinsholz, Louyot, Leclerc, 1935 (in *Bulletin de la Société d'Obst. et Gynéc.* 1935).

[Réunion obst. et gynéc. d'avril à Nancy].

Utérus dédoublés à corps et à col unique.

M^{me} T..., 26 ans, Ipere.

Vue pour la première fois au sixième mois de sa grossesse pour végétations vulvaires et périnéales pour lesquelles aucun traitement n'est institué, et qui disparaissent en un mois. Vagin unique, utérus de cinq mois sans anomalie apparente.

Elle est revue au septième mois ; c'est une femme nerveuse et

craintive, très difficile à palper. L'utérus est dur, contracté, étroit et couché sur le côté gauche ; il est impossible de déterminer une présentation. Le toucher ne renseigne pas davantage ; aucun pôle fœtal. Le col est reporté en avant et à gauche. Toute la partie droite de l'excavation depuis le sinus sacro-iliaque jusqu'à l'arc antérieur est remplie par une masse dure, de forme allongée, du volume d'un gros poing que l'on croit être un fibrome prævia. Cette masse se maintiendra en cette situation jusqu'au début du travail.

Huit jours avant le travail, on doit inciser un volumineux abcès du sein droit, qui provoque une grosse température et de violents frissons.

Le travail se déclanche le 8 septembre 1934. Dès les premières contractions, la masse pelvienne, dystocique, disparaît, et un siège mode des fesses vient s'appliquer au détroit supérieur. Accouchement, et délivrance normale, après un travail de 7 heures. Enfant de 3.400 grammes.

En raison de la suppuration persistante au niveau du sein, on renonce à une vérification manuelle des voies génitales. 36 heures après l'accouchement apparaissent quelques coliques suivies de l'expulsion d'une petite masse charnue qui représente le moule de caduque d'un héli-utérus avec une corne nettement effilée et parfaitement reconnaissable, d'une longueur totale de 10 centimètres environ.

Les suites ont été incidentées par des abcès multiples du sein droit qui ont nécessité un large débridement sous-mammaire, puis par un abcès plus petit du sein gauche suivi d'une véritable septicémie à staphylocoques avec plaques d'érythème des membres inférieurs, congestion de la base droite, et poussées aiguës de rhumatisme du genou, du coude et de l'épaule droits. Guérison au bout de trois mois.

L'examen génital pratiqué en décembre a confirmé l'existence d'un col unique, d'où partaient nettement deux corps utérins fortement divergents, couchés chacun dans la fosse iliaque correspondante.

OBSERVATION XXVII. — Vignes, 1935, obs. n° 2834 (in *Thèse* de Hamelin, Paris, 1935).

M^{me} Ch..., 29 ans, réglée tous les 28 jours 4 à 5 jours, vient consulter au début de sa troisième grossesse.

1^{er} accouchement : grossesse normale, accouchement en 20 heures ; forceps, enfant mort, pas de détail ;

2^e accouchement : grossesse normale, accouchement en 4 heures.

3^e accouchement : dernières règles le 10 avril 1929, vient consulter le 16 juin, pour expulsion d'une membrane et parce qu'elle perd du sang depuis trois jours. L'utérus semble gravide à la palpation. Les troubles de gravidité ont disparu depuis 6 jours environ avant l'hémorragie.

17 juin ne perd presque plus ;

18 juin, hémorragie reprend ;

21 juin, même état ;

24 juin, a perdu plus abondamment dans la nuit du 23 au 24. Transportée à la clinique. Col très ouvert — le curettage fait constater la présence de deux cavités utérines. C'est dans la droite que s'est développée la grossesse. On ramène du placenta ; cavité gauche à peine moins grande. On y trouve un peu de muqueuse exubérante.

Étant donné que la cavité gauche est presque aussi grande que la droite, on peut conclure que cette dernière doit être en dehors de l'état de gestation plus petite et plus atrophique que la gauche.

Examen de laboratoire (D^r ROGER-LEROUX) :

1^o Pour l'utérus droit : Fragment de caduque utérine avec cellules déciduales en involution déjà marquée, grosse infiltration inflammatoire à polynucléaires et plusieurs dépôts fibrino-leucocytaires ;

2^o Produit curettage corne utérine gauche : Débris de muqueuse légèrement hyperplasique avec chorion légèrement scléreux par endroit. Pas d'épithélioma. Certains culs-de-sac glandulaires sont tapissés par un épithélium arborescent à cellules claires volumineuses rappelant l'hyperplasie physiologique ;

3^o Examen du placenta : Débris de caduque utérine avec larges lacunes sanguines. Pas de cellules déciduales proprement dites, mais seulement de grandes cellules étoilées anastomosées. Infiltration à polynucléaires par place. Dans les masses sanguines, quelques villosités fœtales avasculaires scléreuses, avec revêtement plasmodial irrégulier et inconstant.

Revue en 1931 pour une 4^e grossesse. Dernière règles le 27 octobre.

10 décembre 1931, masse assez grosse et dure dans l'axe longitudinal correspondant à l'utérus gravide et, en avant à droite, masse plus petite.

9 février 1932, on sent l'utérus gauche très nettement dévié à gauche.

3 mars 1932, a ressenti hier à deux ou trois reprises une violente douleur. L'utérus gauche est un peu tendu.

2 avril 1932 : H. U. 24, on sent l'hémi-utérus droit dans le Douglas.

13 mai 1932 : H. U. 30, tête en bas, col élevé, masse toujours perceptible dans le Douglas.

14 juin 1932 : H. U. 29, l'utérus a diminué de volume et M^{me} Ch..., ne sent plus remuer depuis plusieurs jours. On n'entend plus les bruits du cœur du fœtus.

20 juin 1932, M. le Professeur COUVELAIRE, appelé en consultation, confirme le diagnostic d'hémi-utérus bloqué dans le petit bassin.

Il est décidé qu'on attendra jusqu'au terme normal et même au delà s'il y a lieu. L'enfant diminuera de volume et il sera facile de refouler l'utérus gravide. Il ne faut envisager ni intervention par les voies naturelles qui serait plus que laborieuse, ni une provocation médicamenteuse qui constituerait un danger avec un utérus infantile, mal étoffé et peut-être un col mal dilatable.

24 juin 1932, M^{me} Ch..., a commencé à avoir des douleurs le 23 juin à 22 heures. Ces douleurs étaient espacées de 5 à 7 minutes, puis elles se sont renforcées vers une heure du matin le 24 juin.

A 1 h. 1/2 il y a un col déhiscent à 5 francs dans lequel à chaque contraction, peu douloureuse d'ailleurs, s'insinue une poche des eaux très tendue.

On sentait dans le Douglas une grosse masse correspondant à l'hémi-utérus droit. L'effacement combiné à la dilatation ont mal progressé : le col était très repoussé en avant. M^{me} C... avait envie de pousser à chaque douleur. Vers 6 heures du matin, il y a environ petite paume ; je fais transporter la femme à la salle de travail avec l'intention de refouler l'utérus praevia, et avec l'espoir que la présentation (qui était un siège élevé) descendrait alors mieux sur le S. I. Je l'examine au moment de la faire monter à la salle de travail et l'hémi-utérus est toujours praevia. Elle a été assez longue à s'endor-

mir, elle se débattait et faisait des efforts ressemblant à des vomissements sans qu'il y ait expulsion d'aucun contenu gastrique.

La touchant alors, je constatais que l'hémi-utérus praevia s'était réduit spontanément, la dilatation était d'un peu plus de cinq francs portant sur l'orifice externe, et je sentais à l'intérieur un anneau correspondant à l'orifice interne avec une dilatation pouvant être de petite paume. Un peu au delà de cet anneau sur la droite, on rencontre l'hémi-utérus droit, dans lequel il est possible d'introduire un doigt.

Je pouvais donc à ce moment cesser l'anesthésie et laisser l'accouchement se terminer spontanément, mais j'ai cru préférable étant donné le psychisme de la femme, de donner un peu d'hypophyse à 7 h. 25 tout en la laissant sous chloroforme. Contractions vives, la poche des eaux reste très tendue et s'insinue mal dans le col. A 8 h. 40 je fais de nouveau de l'hypophyse et je romps la poche des eaux. Très rapidement M^{me} C..., expulse un fœtus se présentant par le siège avec le dos à droite, pesant 1830 grammes et mesurant 47 centimètres ; le fœtus est macéré, la peau de son crâne est décollée comme par une énorme bosse séro-sanguine, en sorte que d'abord j'ai pensé à un hydrocéphale, mais au-dessous les os semblent normaux, le cordon est gros et rouge, et mesure 85 centimètres. (A ses deux précédentes grossesses, M^{me} C... aurait eu des cordons anormalement longs, étranglés à l'insertion fœtale). La délivrance vient quelques minutes après, pesant 560 grammes. A partir de ce moment on retrouve à la palpation : deux utérus, celui de gauche large, celui de droite étroit et de consistance plus dure ; l'un et l'autre ont un fond descendant à 14 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne.

25 juin : H. U. 15 à droite, 14 à gauche ;

26 juin : l'utérus droit mesure 11 centimètres, le gauche 12 centimètres.

27 juin : utérus droit très dur, mesurant 10 centimètres, le gauche 11 centimètres ; la femme a une montée laiteuse particulièrement abondante.

28 juin, la montée de lait est en diminution ; l'utérus droit mesure 7 centimètres ; 9 centimètres $1/2$ à gauche.

Examen histologique pratiquée par le D^r OBERLING.

Examen du cordon et notamment du placenta : montre des lé-

sions d'endovascularite très prononcées ayant abouti en de nombreux endroits à une obstruction complète des cavités vasculaires de calibre parfois fort anormal.

D'après cette constatation, l'hypothèse d'un processus spécifique me paraît très vraisemblable.

Le fœtus est en état de macération très avancée.

L'examen des organes internes (foie, rate, ligne épiphysaire) n'a pas fourni d'indice en faveur de la syphilis.

PEUT-ON PRÉVOIR LA DYSTOCIE ? LA GROSSESSE

Le pronostic toujours plus ou moins grave des dystocies nous incite logiquement à chercher à les prévoir pendant la grossesse. Il est inutile d'insister sur l'intérêt que présenterait cette prévision au point de vue thérapeutique : écarter le danger ou être prêt à le combattre. Une question se pose donc tout de suite à nous : est-il possible de prévoir pendant la grossesse la dystocie causée dans les utérus doubles par l'hémi-utérus non gravide praevia ? Existe-t-il des éléments susceptibles de nous guider ? La grossesse présente-t-elle des caractères spéciaux aptes à nous éclairer ?

En résumé, il nous faut :

— Étudier la symptomatologie de la grossesse dans les utérus doubles.

— Rapporter à sa cause la tumeur formée par l'hémi-utérus vide, c'est-à-dire diagnostiquer la malformation.

— Réunir ensuite les éléments capables d'orienter le « pronostic ».

I) LA PREMIÈRE MOITIÉ DE LA GROSSESSE

Pendant les 4 à 5 premiers mois de la grossesse, nous nous trouvons en présence d'une gravidité dont *les signes sont en principe les mêmes que ceux d'une grossesse normale* : ce ne sont que des signes de probabilité.

Les phénomènes généraux ne diffèrent en rien : une femme vient consulter le plus souvent pour interruption des règles, et l'interrogatoire, les symptômes dits « sympathiques », les modifications des seins, le « masque » classique, les varices parfois, l'augmentation de volume du ventre, le ramollissement du col orientent tout de suite le diagnostic du médecin et établissent facilement l'existence d'une gravidité que peuvent confirmer les examens de laboratoire sur lesquels nous n'insisterons pas.

Presque rien ne semble sortir de la normale, et on pense à une grossesse banale. Mais, du point de vue de notre sujet, au moment où l'on pratique le toucher vaginal et le palper combiné, on recueille généralement un renseignement qui met l'esprit en éveil : la perception d'une masse adjacente à l'utérus reconnu gravide.

Le plus souvent, cette masse sera perceptible dans le petit bassin comme un globe dur, résistant, arrondi, plus ou moins mollassé cependant, de volume et siège variables, « rappelant la forme d'un utérus » ; parfois cette masse disparaît au cours de l'examen pendant la position élevée du bassin, pour y revenir dans la position horizontale.

Cette tumeur juxta-utérine demeure inexplicable, et sa constatation va pouvoir faire penser à un utérus double dont on essaie de faire la preuve, en reprenant d'abord :

A) L'INTERROGATOIRE

Les règles. — Hâtons-nous de dire que, dans la majorité des cas, — de même que dans une grossesse normale — il y a *arrêt de la menstruation*. Il en a été ainsi dans nos observations VII (PIERRA), VIII (LEQUEUX), IX (POTOCKI), XI (BALARD), XIII (JONES), XIV (ANDERODIAS), XV (METZGER), XVIII (METZGER), XIX (MILLS et STRAUSS) XXI (FAVREAU et KLEIN), XXIII (TRILLAT, MICHON et OLLAGNIER), XXV (LE LORIER).

Cet arrêt des règles s'explique parfaitement, comme nous l'avons vu, par la synergie fonctionnelle qui unit les deux héli-utérus : ceux-ci se comportent comme s'il n'y en avait qu'un seul.

Mais il peut se faire que cette synergie fonctionnelle n'existe pas, et c'est alors que l'on voit *la menstruation persister* dans l'héli-utérus non gravide pendant les trois premiers mois de la grossesse, rarement plus longtemps. TARNIER, SOULIGOUX, et HENDERSON en ont rapporté chacun un exemple : le dernier nommé ajoute même — et on ne saurait le nier — que « la persistance des règles est un bon signe de duplicité utérine ». Parfois même il existe d'autres modifications qui n'en sont pas moins caractéristiques : c'est ainsi que FÉRENCZI cite l'observation d'une femme normalement réglée tous les 14 jours, qui ne l'était plus que tous les 28, quand elle était enceinte.

L'écoulement qui se produit ne rappelle d'ailleurs pas toujours les règles normales : ou bien c'est un sang plus clair, ou bien parsemé de caillots, ou bien rappelant les pertes des grossesses extra-utérines. Ce qui a fait dire à certains auteurs qu'il ne s'agissait pas de règles mais d'hémorragies dues à de l'endométrite.

En résumé, deux possibilités :

- règles arrêtées, comme dans une grossesse normale ;
- règles persistantes, pendant les premiers mois généralement.

Les antécédents obstétricaux. — Poursuivant l'interrogatoire habituel en pareille circonstance, on va poser à la femme les questions classiques : avez-vous déjà eu des enfants ? A quelle grossesse en êtes vous ? Les antécédents obstétricaux, lorsqu'ils existent, peuvent attirer l'attention. Nous reviendrons ultérieurement sur leur valeur pronostique. Disons en seulement ici qu'ils peuvent mettre l'esprit en éveil : en effet, à côté de signes de peu de valeur, tels qu'une

longue période de stérilité (cas de BÉCLÈRE) (cas de DREYFUS) ou une très grande fécondité (cas de GRIFFON), il peut exister des indices, qui ne semblent pas être de banales coïncidences :

— *des fausses-couches répétées* : elles n'ont évidemment de valeur que si elles sont spontanées et non syphilitiques ; ces fausses-couches se feraient à une époque de plus en plus rapprochée du terme, comme dans la syphilis, avec une différence capitale cependant : chez les femmes spécifiques les enfants sont morts et macérés, chez les femmes ayant une malformation utérine au contraire les enfants sont vivants ou bien, lorsqu'ils sont morts, ils ne sont pas macérés. Nous notons cette répétition de fausses-couches dans nos observations IV (DOS SANTOS), V (TAUFFER), XVII (FOURNIER), XX (GROSSE) et XXIII (TRILLAT).

— *des accouchements prématurés* ;

— *des troubles de la délivrance.*

Il va en résulter un ensemble de faits qui vont faire impression sur le clinicien et le feront hésiter :

Persistance anormale des règles chez une femme qui présente par ailleurs des signes de grossesse.

Antécédents obstétricaux anormaux, voilà il nous semble, les deux seuls points d'un interrogatoire ordinaire qui peuvent faire soupçonner une duplicité utérine.

Alors, sur l'une de ces indications, et avant d'examiner complètement la femme, on va pousser plus avant l'interrogatoire ; on pourra trouver ainsi d'autres signes en faveur d'un utérus double. C'est ainsi qu'on peut se demander si, en dehors de la grossesse :

La menstruation, ne présente pas certains caractères qui, sans être pathognomoniques, n'en sont pas moins dignes d'intérêt ?

La puberté : il est classique de dire que la menstruation s'établit normalement vers l'âge de 12 ans. LAURENT soutient

dans sa thèse (à la Faculté de Montpellier; en 1912) qu'il n'existe pas de différence sur ce point, entre les utérus normaux et les utérus doubles, et que la menstruation apparaît dans ceux-ci aux environs de 12 ans. Disons tout de suite qu'il en est parfois ainsi : notre observation XVIII (METZGER) en témoigne. Mais dans la majorité des cas d'utérus doubles, on note que la *date d'apparition des règles est plus tardive* : la menstruation s'établit après la 14^e année. La statistique de Constant DUVAL donne les chiffres suivants :

1	fois	à	12	ans
7	«	«	13	«
20	«	«	14	«
20	«	«	14	«
32	«	«	15	«
10	«	«	16	«
2	«	«	17	«

soit 64 fois après 14 ans, sur 72 cas observés d'utérus doubles ;
et GROSS cite :

9	fois	à	13	ans
10	«	«	14	«
13	«	«	15	«
10	«	«	16	«
7	«	«	17	«
6	«	«	18	«
3	«	«	19	«
1	«	«	20	«

13 cas indéterminés,

soit 50 fois après 14 ans sur 59 cas observés d'utérus doubles ;

dans nos observations où la date d'apparition des règles est notée, nous trouvons :

OBS.	VI.	Holzappel	16	ans
«	VII	Pierra	14	«
«	X	Potocki	14	«

«	XIV	Anderodias	16	«
«	XVI	Mihailescu	15	«
«	XX	Grosse	15	«
«	XXII	Devraigne	16	«
«	XXI	Favreau	15	«

En outre, l'apparition de la menstruation se fait souvent de façon irrégulière : le flux menstruel s'installe une première fois, puis cesse pendant un ou plusieurs mois pour reprendre ensuite : ex. : observat. VIII (LEQUEUX).

La menstruation elle-même : elle peut se produire simultanément par les deux cols, par un seulement (cas cité par ANDRIEUX) ou alternativement par l'un et l'autre (cas cité par JOUIN).

Les règles peuvent être :

— *normales et régulières* (les 2 utérus sont réglés simultanément) ;

— *prolongées* d'une façon constante, pendant plus de 5 jours (les 2 utérus sont réglés successivement) ;

— *bimensuelles* (FÉRENCZI, LOCKI, observat. VIII) (les 2 utérus sont réglés alternativement) ;

— *irrégulières* : les règles surviennent toutes les 3 semaines et durent 8 jours (observ. XXI), ou existent 1 mois sur 2 (observ. IX), ou bien des règles normales alternent avec des règles moins abondantes (BLACKWOOD), ou bien enfin, il y a de longues périodes d'aménorrhée (obs. VII). Certains auteurs (LAURENT) ont noté une *plus grande abondance du flux menstruel* et ont essayé d'en donner une explication ; il s'agirait de la torsion ou de la déviation de l'un des corps repoussé par l'autre ou mal maintenu à cause de sa position même ou de l'aplasie de ses ligaments de suspension.

Enfin, un des caractères essentiels des règles est de s'accompagner de *douleurs* qui surviennent de façon constante et périodique à chaque époque menstruelle, durent toute la période menstruelle et persistent peu de temps après la cessa-

tion du flux sanguin ; ces douleurs siègent dans le bas-ventre, irradient dans le haut des cuisses, la région lombaire et la vulve ; elles s'accompagnent de bouffées de chaleur, et de céphalalgie ; elles disparaissent complètement dans l'intervalle du flux menstruel ; souvent étiquetées dysménorrhée, elles réalisent de véritables crises cataméniales, dues à la déviation de l'un des deux corps utérins (LAURENT), et peuvent être le prélude des douleurs permanentes de l'hématométrie constituée. Pour certains auteurs (STERN) elles seraient la conséquence d'une lésion associée. Nous notons ce symptôme dans nos observations : VI (HOLZAPFEL), XIII (JONES), XV (METZGER) et XVIII (METZGER).

— Le coït. — En général il paraît *normal* aux deux partenaires ; lorsqu'existe un vagin double, il se pratique avec plus ou moins d'aisance par le vagin le plus large, et l'homme et la femme ne s'aperçoivent de rien.

— Parfois cependant, la femme raconte que son partenaire est *plus gêné lors de certains rapports* : ce fait résulte de l'existence de 2 vagins dont l'un est plus étroit ; dans notre obs. VII. PIERRA ne dit-il pas : « Le mari s'aperçoit que les rapports présentent parfois des difficultés. » ?

— Mais le coït peut être *extrêmement douloureux* : BÖHMER a rapporté l'observation d'une femme qui ne pouvait « sacrifier sur l'autel de Vénus parce que la douleur primait le plaisir. » « C'est alors la femme qui fait son diagnostic ». Et elle le fait encore lorsqu'elle découvre son anomalie au cours de ses soins génitaux ou lors de relations galantes : c'est ainsi que la malade de RICHET (*thèse* Le Fort, 1863), ayant de la fidélité une opinion vraiment particulière, savait être fidèle à son amant préféré en « lui réservant exclusivement un de ses vagins, l'autre servant aux rencontres d'un soir. » En réalité, c'était une prostituée qui s'était parfaitement rendu compte de l'existence de ses deux vagins ; elle savait exploiter sa duplicité vaginale et utilisait alternativement l'un ou l'autre

canal, selon qu'elle était dans l'exercice de sa profession ou qu'au contraire elle faisait acte de sentimentalité.

— **Les hémorragies.** — Données comme signe d'utérus double, les ménorragies ou métrorragies offrent en réalité le même caractère banal que lorsqu'elles surviennent dans un utérus normal ; elles seraient plus la conséquence d'une lésion associée (tumeur par exemple) que de l'utérus double lui-même (STERN).

— **Les pertes blanches.** — Fréquemment signalées — nous les avons retrouvées dans deux de nos observations : VI (HOLZAPFEL) et XXI (FAVREAU) — elles n'ont rien de spécial et ne peuvent nous mettre sur la voie du diagnostic.

— **Les antécédents personnels non obstétricaux :** on pourra avoir la notion d'un hématocolpos ou d'une hématométrie ; rarement d'ailleurs la femme précisera les dires du chirurgien. Et POTOCKI ne dit-il pas (obs. IX) : « Rien à noter dans ses antécédents » ? Il existe cependant des observations³ relatant des antécédents nets : BIZARD et LAMBERT, COCHEZ, POUJOL, MARTIN, CHUREAU, GOGOBERIDZE en ont rapporté certains cas.

— **Les antécédents héréditaires :** une femme présentant une duplicité utérine a généralement des antécédents familiaux qui n'offrent rien de suspect. METZGER et GROSSE l'ont recherché et noté dans leur observation (obs. XV, XX). Cependant, il peut en être autrement : ROUFFARD et DELAPORTE, en 1910, ont rapporté le cas de 2 malades atteintes d'utérus double qui affirmaient que leur mère avait deux vagins : « Mais, ajoutaient ces auteurs, il est bien rare qu'une fille soit ainsi au courant des misères génitales de sa mère. » Cette recherche n'a donc bien souvent qu'un intérêt didactique.

Il en est de même pour

— **Les antécédents collatéraux** : il peut exister une malformation congénitale chez les frères et sœurs ; c'est un fait rare : GROSSE (obs. XX) n'a rien noté dans les antécédents collatéraux de sa parturiente, mais le fait même qu'il a recherché cette notion indique qu'elle n'est pas dénuée de toute valeur.

— Règles apparues tardivement, anormalement périodiques ou irrégulières, douloureuses, persistant parfois pendant les premiers mois de la grossesse.

— Antécédents obstétricaux suspects.

— Coït plus ou moins difficile ; voilà les seuls renseignements intéressants que peut recueillir l'interrogatoire : encore sont-ils rarement au complet et aussi nets !

B) LES SIGNES FONCTIONNELS

Existe-t-il des signes fonctionnels proprement dits ?
Sont-ils assez précis pour attirer l'attention du médecin ?
Sont-ils caractéristiques ?

— On a signalé (BÉASSE) des *hémorragies* répétées au cours de la grossesse, surtout les premiers mois. Mais l'auteur lui-même reconnaît qu'elles tiennent habituellement à l'insertion vicieuse du placenta. FAVREAU et KLEIN (observ. XXI) notent l'absence de toute hémorragie d'origine utérine.

— GAUTRELET (*thèse* de Paris 1895-96) donne comme un signe assez spécial aux utérus doubles avec gravidité des *vomissements sans albuminurie* ; il en rapporte 7 cas sur 44 observations d'utérus doubles. Nous avons vainement recherché ce symptôme dans un grand nombre d'observations d'utérus doubles.

Et si GROSSE (obs. XX) cite bien l'existence de vomissements abondants et répétés, il note aussi la présence d'albumine dans les urines.

Ces signes ne sont même pas exceptionnels : leur réalité est mise en doute, et on leur dénie toute valeur.

— Il n'en est pas de même de l'*expulsion de la caduque de l'utérus non gravide* : celle-ci peut en effet se produire pendant la grossesse (PÉRY) : quelques cas en ont été rapportés dont un très caractéristique de BOUFFE de SAINT-BLAISE et COUVELAIRE où la caduque de l'utérus vide fut expulsée au cours du cinquième mois. Ce phénomène signe la duplicité utérine mais c'est une exception. CHAMPY et LÉVY-SOLAL, LUTHE-REAU et PETIT en ont aussi rapporté une observation.

C) LES SIGNES PHYSIQUES

Quels sont les éléments qui peuvent nous donner l'éveil ?
Quelle est leur valeur ?

— Nous ne retiendrons pas, comme le voulaient KUSSMAUL et PFANNENSTIEL, une *largeur frappante de tout le corps* des individus et en particulier du visage et du bassin : il ne s'agit là que d'une coïncidence.

— De même, l'existence isolée d'un *bassin plus large* que normalement (LITZMANN, BAR) ne s'explique ni par l'anatomie, ni par les faits (GAUTRELET) (1).

— Quant à la *coexistence d'autres malformations* congénitales d'un appareil ou d'un organe quelconque, elle fait défaut dans la majorité des cas : BLANCHARD rapporte cependant l'observation d'une femme, dont la duplicité utéro-ovarienne fut soupçonnée grâce à l'existence de malformations des deux mains venant s'ajouter aux troubles fonctionnels utérins.

— Nous ne ferons que citer à titre indicatif l'*œdème des membres inférieurs*, décrit par GAUTRELET : ce phénomène n'a qu'un intérêt... historique. C'est donc à l'examen « local » — si l'on peut dire — qu'il va falloir se référer : mais

(1) Pour d'autres auteurs au contraire (LEPAGE), le *bassin* serait parfois *atrophié*, étrié, légèrement rétréci dans tous ses diamètres, sans qu'on puisse toujours attribuer à ce rétrécissement une origine rachitique (AUDEBERT et ESTIENNY).

lorsque vont apparaître ces signes locaux — de même que dans un utérus normal — nous ne serons plus à la première moitié de la grossesse.

Un seul examen peut, à cette 1^{re} période, permettre de diagnostiquer l'utérus double : c'est *le toucher vaginal*.

Les renseignements qu'il fournit restent évidemment les mêmes pendant la seconde moitié de la grossesse : c'est là que nous l'étudierons; nous le signalons simplement ici.

II) LA SECONDE MOITIÉ DE LA GROSSESSE

Dans la seconde moitié de la grossesse, *l'interrogatoire* ne peut que donner les mêmes renseignements qu'il a fournis avant 4 mois 1/2 ; *les signes fonctionnels et les signes physiques* « généraux » *ne varient point* non plus. Mais on va noter :

— **A l'inspection** : Passons rapidement sur l'existence de *vergetures* plus nombreuses (?) du côté gravide (FOURNIÉ), pour en venir tout de suite à une constatation qui frappe d'emblée et qui n'avait même pas échappé à certaines « matrones » : c'est le *développement latéral et en hauteur du ventre, et la déviation latérale de l'utérus gravide*. En effet, l'hypertrophie de l'utérus va surtout porter en hauteur, lui donnant une forme spéciale en fuseau, ou tubaire ou cylindrique, et non piriforme comme d'habitude ; le fond utérin est excessivement latéro-dévié, déviation souvent considérable qui n'est pas en rapport avec la masse juxta-utérine et qui ne donne pas l'impression d'une déviation imposée par cette tumeur. Ce fait est nettement indiqué dans bon nombre d'observations. « Le côté gravide est distendu, exactement convexe et globuleux, tandis que l'autre donne à l'explorateur la sensation d'une tumeur ovoïde, à grand axe vertical

et faisant corps avec l'utérus gravide » dit EUSTACHE (*Journal des Sc. médic. de Lille*).

Dans un cas de CHÉRON et d'Oker BLOM les femmes ont pu indiquer l'utérus qui avait été le siège des 2 grossesses précédentes d'après la position de la tumeur ; dans les cas de BALME et de LORENZ, le fond de l'utérus est incliné à gauche, dans ceux de SIMON et de REYNES il est incliné à droite.

Dans nos observations nous notons ce signe :

— Observ. VIII (LEQUEUX) : « Le fond est fortement dévié vers la droite. D'ailleurs l'utérus est presque entièrement logé dans la moitié droite de l'abdomen, il est allongé, cylindrique. »

— Observ. IX (POTOCKI) : « Fond utérin un peu incliné à gauche. L'utérus a une forme plus allongée. »

— Observ. XVII (FOURNIER) : « Nous sommes immédiatement frappés par la forme très allongée de l'ovoïde de l'utérus dont les diamètres verticaux l'emportent plus que d'habitude sur les diamètres transversaux et dont les parois gagent d'une manière très étroite le fœtus. »

— Observ. XX (GROSSE) : « A la simple inspection, l'utérus gravide est rejeté à droite, ayant une forme en sablier. »

— Observ. XXII (DEVRAIGNE) : « On est frappé d'emblée à l'inspection par l'obliquité utérine très marquée qui reporte le fond utérin en haut et à gauche sous les fausses-côtes. »

— Observ. XXIII (TRILLAT, MICHON et OLLAGNIER) : « Utérus fortement dévié à droite. »

— Observ. XXVI (FRUHINSHOLZ) : « L'utérus est étroit et couché sur le côté gauche. »

Ces exemples sont suffisants pour réduire à néant l'assertion de BÉASSE qui, dans sa thèse, prétend que l'utérus gravide vient se placer précisément en face de l'autre et fait une saillie exactement médiane.

Néanmoins, pour être impartial, il nous faut citer notre observation III (BENICKE) : « Corne utérine gauche gravide

occupant le milieu du ventre comme un utérus normal. » Ce n'est là qu'une exception confirmant la règle !

Quant au mécanisme de cette déviation, il a, semble-t-il, été élucidé : la situation primitive latérale et normale de cet héli-utérus serait exagérée par l'attraction de son unique ligament rond du côté de son insertion. L'action du ligament rond explique aussi le mouvement de rotation sur place de l'utérus grévise dont le bord externe tend à devenir antérieur : PFANNENSTIEL insiste sur ce fait et l'explique très bien : dans l'utérus normal les deux ligaments ronds tendus attirent l'utérus en bas et en avant ; l'équilibre médian est à peu près maintenu. Dans l'utérus double au contraire, la moitié utérine grévise sous l'influence de la traction de son unique ligament rond tourne autour de son axe le plus long ; le mouvement de rotation de l'organe sur son axe, qui porte en avant le côté distendu et dirige en arrière le côté vide, explique, quelques signes de valeur discutable qu'on peut trouver à :

La Palpation. La sensation d'une *tumeur* à peu près *globuleuse formée par l'utérus grévise* n'est point pour nous étonner, mais ne nous est pas d'une grande utilité.

— L'absence de l'utérus vide à côté de l'autre s'explique, comme nous l'avons vu précédemment, par l'action des ligaments ronds.

— Plus intéressantes sont la *position et la direction du ligament rond* du côté grévise : celui-ci se dirige à peu près verticalement au devant de l'utérus, de la ligne parasternale vers la région inguinale ; son trajet est donc asymétrique et irrégulier, alors qu'il est symétrique et irrégulier de chaque côté d'un utérus bien conformé. Nous retrouvons ce signe dans les observations de :

— HOLZAPFEL (observ. VI) : « Le ligament rond gauche est tendu et nettement senti, il s'élève verticalement et s'insère à la hauteur du nombril. »

— LEQUEUX (observ. VIII) : « Sur le bord étroit de l'uté-

rus, on sent un ligament rond qui n'est pas perceptible à gauche ».

— Le LORIER (observ. XXV) : « L'utérus gravide est le gauche ; il porte les annexes et le ligament rond gauches. »

— HALBAN donne un signe basé sur l'existence de la *bride vésico-rectale* : ce ligament falciforme qui s'étend en éventail sur le fond de l'utérus serait attiré en haut ; comme il ne possède pas de fibres élastiques, il est gêné, tendu, perceptible à travers la paroi abdominale.

Mais qu'il s'agisse de bride vésico-rectale ou de ligaments ronds, la perception n'en est pas toujours aisée et l'on comprend que de très fréquentes erreurs soient commises. D'ailleurs, la seule critique à apporter à tous ces signes — mais elle est d'importance — est la difficulté de leur perception et de leur interprétation.

Nous étudierons les *présentations* au chapitre du travail : notons simplement ici qu'on a cité leur variation pendant la grossesse (FOURNIER).

— **L'auscultation** ne présente rien de particulier (BOUSQUET).

— **Le toucher vaginal** va nous être d'une très grande utilité. Il va montrer :

1^o *A côté de l'utérus gravide, l'hémi-utérus vide.* Nous avons vu en effet, que le premier renseignement fourni par le T. V. et qui peut faire rechercher une duplicité utérine lors d'une grossesse, est la présence à côté d'un utérus reconnu gravide d'une tumeur juxta-utérine formée par l'hémi-utérus vide : cette tumeur pourra devenir praevia. Nous nous bornerons à étudier ici ses caractères en général :

Son volume est extrêmement variable, allant de celui d'un petit œuf de poule à la taille d'une tête foetale ; en moyenne cependant, volume d'une orange ou d'un poing. Sa consistance est en général dure, sa surface régulière dans la majorité des

cas, sa mobilité nulle dans la règle ; le toucher en est indolore.

Son siège : tantôt au D. S. tantôt dans l'excavation ; soit en avant, soit (et le plus souvent) en arrière de l'utérus gravide, et plus ou moins latéralement par rapport à lui. Le siège peut d'ailleurs varier pendant la grossesse : il se rapproche d'autant plus de sa position au moment du travail que la grossesse est plus près du terme, et cela se conçoit facilement : c'est la raison majeure pour laquelle nous réservons pour les chapitres suivants l'étude détaillée de cet hémi-utérus vide.

Nous n'insisterons ici que sur un phénomène qui a une grosse valeur diagnostique : c'est la perception, par hasard, au cours d'un examen pendant la grossesse, *des contractions de cet hémi-utérus non gravide*. Ce signe à lui seul permet le diagnostic de la tumeur juxta-utérine, malheureusement il est rare : ANDERODIAS et DENIS le notent dans notre observ. XIV : « On sent au toucher une tumeur dans le cul de sac latéral gauche, se contractant avec l'utérus. »

2^o *La malformation vaginale* : Notre rappel anatomique du début de cette thèse nous évite d'insister longuement sur cette malformation vaginale. Pratiquement, on se trouve en présence de :

— Tantôt un vagin unique, avec un seul col ou deux cols, disposés l'un à côté de l'autre ou en arrière l'un de l'autre, ou l'un plus haut que l'autre.

— Tantôt au fond du vagin, une bride anormale qui peut se réduire aux dimensions d'une simple crête (PAUCHET) ou réaliser un septum descendant plus ou moins bas.

— Tantôt un vagin double : une cloison médiane d'épaisseur variable sépare le vagin en deux canaux distincts, et au fond de chacun d'eux, il existe un col bien conformé. Mais il faut savoir que l'on peut très bien le méconnaître par le simple toucher vaginal (observ. XVI), d'autant plus, comme nous l'avons vu, qu'en général un seul des vagins est fonc-

tionnel et que l'autre, peu développé, a son orifice et sa cavité effacés par le refoulement de la cloison commune.

— **Le toucher rectal**, qui pourra être exceptionnellement pratiqué, ne semble pas donner de signes bien nets. LAURENT n'y attache pas une bien grande importance et ne croit pas à son utilité. Pour HERIEL cependant, il permettrait d'apprécier avec plus de netteté les mêmes signes et de mieux fixer la forme anatomique, le doigt étant presque immédiatement au contact de l'organe. Pratiqué une seule fois (obs. XXI, FAVREAU) dans les observations que nous rapportons, il a montré : « Une tumeur d'origine abdominale pédiculée *prævia*. »

En résumé donc :

1^o Pendant la première moitié de la grossesse une femme présente des signes ordinaires de gravidité ; cependant, quelques phénomènes — isolés ou associés de façon variable — et trouvés à l'interrogatoire peuvent exister et sembler anormaux :

— persistance possible des règles dont l'interrogatoire peut révéler certaines particularités ;

— difficulté du coït ;

— existence de malformations congénitales ;

— antécédents suspects ;

— tumeur juxta-utérine.

On peut donc dire qu'aux signes de probabilité de grossesse s'ajoutent des signes de probabilité de malformation utérine que seul le toucher vaginal peut affirmer, d'une façon inconstante d'ailleurs.

Il est évident qu'à cette période on doit se borner à :

diagnostiquer la grossesse ;

diagnostiquer la malformation génitale.

Le problème de la dystocie ne se pose pas : cependant un fait — de valeur discutable — peut déjà y faire penser ;

nous le verrons ultérieurement : c'est l'existence dans les antécédents de la femme de dystocie de même cause.

2^o Dans la seconde moitié de la grossesse : aux signes, — cités précédemment — de probabilité et de grossesse et de malformation utérine viennent s'ajouter les signes habituels de certitude de grossesse ; en outre, la malformation utérine va donner à l'examen des signes particuliers (développement latéral et en hauteur du ventre, déviation latérale de l'utérus gravidé, ligament rond vertical). On peut donc dire :

— le diagnostic de grossesse est évident ;

— il reste à faire le diagnostic de malformation utérine donc à interpréter la tumeur juxta-utérine formée par l'hémi-utérus vide.

Nous allons donc étudier maintenant le diagnostic et rassembler ensuite les éléments qui pourront nous être utiles pour prévoir cette dystocie.

III) DIAGNOSTIC

Il est classique de dire que l'utérus double ne constitue pas à proprement parler une maladie, ce n'est qu'une « malformation compatible avec une vie génitale normale et permettant souvent la grossesse et l'accouchement dans de bonnes conditions. »

« Les utérus doubles sains n'ont pas d'histoire » dit STERN. Il est évident que cette malformation utérine pourra passer complètement inaperçue de la femme qui en est atteinte, « à moins que des complications surajoutées n'aient attiré l'attention de ce côté. » Loin de nous l'idée de considérer la grossesse dans l'utérus double comme une complication !

Et cependant, c'est bien souvent à cette conjoncture qu'on doit diagnostiquer l'anomalie.

Pourquoi la gravidité permet-elle le diagnostic ? Tout d'abord parce que, dans ce cas, l'attention est plus particu-

lièrement attirée par des constatations qui s'écartent de celles que l'on fait habituellement en pareille condition ; en outre, les examens répétés comme il est coutume de le faire à l'occasion d'une grossesse, permettent de noter par le toucher plus facilement qu'au cours d'autres affections des détails qui inspirent l'idée de malformation. Et l'un des signes qui vont pouvoir frapper le clinicien est précisément l'existence à côté d'un utérus reconnu gravide d'une masse — formée par l'hémi-utérus vide — qui va être obstacle à l'accouchement et cause de dystocie.

Nous venons d'indiquer au paragraphe précédent l'existence d'un certain nombre de signes qui peuvent faire soupçonner au cours d'une grossesse l'existence d'une duplicité utérine ; chemin faisant nous en avons critiqué quelques-uns, tant il nous paraissait logique de les considérer ensuite comme nuls. Nous en avons retenu d'autres :

- les troubles des règles ;
- le coït ;
- les antécédents obstétricaux ;
- les caractères, aux derniers mois de la grossesse, de l'utérus gravide ;
- l'expulsion d'une caduque pendant la grossesse ;
- l'existence, nous l'avons vu, de l'hémi-utérus vide ;
- l'existence d'une malformation cervicale ou vaginale.

Seuls ces signes peuvent nous être utiles. Néanmoins leur constatation n'emporte pas automatiquement et toujours le diagnostic, car ils peuvent eux-mêmes être l'occasion de quelques erreurs. En somme, il convient d'apprécier tout d'abord leur valeur diagnostique.

Nous n'insisterons pas sur l'apparition tardive des règles chez les chlorotiques, les anémiques, les tuberculeuses,

— sur la persistance des règles le premier mois d'une grossesse lorsque la fécondation s'est produite peu avant la période menstruelle ; plus rarement cette perte sanguine se

renouvelle à la date de la seconde époque, quelquefois même de la troisième ;

— sur la difficulté du coït par vaginite, vaginisme, atrésie vaginale, kraurosis...,

— sur les fausses-couches répétées d'étiologie syphilitique ou autre ;

tous signes qui peuvent prêter à confusion avec les symptômes d'un utérus double et qu'il suffit de connaître pour les éliminer.

Il est également inutile de s'appesantir sur les quelques erreurs un peu grossières qu'il faut éviter dans les cas où la malformation vaginale a été remarquée ; il suffit de citer les brides d'hymen et les reliquats de traumatismes anciens obstétricaux ou autres (cas de WIART) ; l'étiologie de ces lésions ou leur examen les fait reconnaître aisément : une bride par malformation est saillante, à bords tranchants et bien souples. Une cause d'erreur : la cloison vaginale peut avoir été déchirée au cours d'un accouchement antérieur et présente alors un aspect bâtarde.

En ce qui concerne la malformation cervicale, il ne faut pas s'attendre non plus à ce qu'elle revête toujours une disposition évidente. A côté des cas, rares, où les deux cols de volume inégal sont nettement séparés, répondant l'un à un vagin, il existe toute une gamme de malformations cervicales que nous avons étudiées au « Rappel anatomique » et sur lesquelles nous ne reviendrons pas. D'autre part, il importe de savoir que la duplicité des orifices cervicaux n'implique pas celle des corps utérins ; c'est un fait évidemment très rare, mais qui a été rapporté en Italie par CONDORELLI, FRANCAVIGLIA, en Allemagne par MARCHAND, et en France par PIQUAND et BITTE (*Soc. Anatomique*, de Paris [1910]).

De cet exposé clinique et critique, il ne faudrait pas garder l'impression que le diagnostic doit être fait. En réalité, il y a là une source d'erreurs continuelles, soit que l'examen n'ait pas été suffisamment poussé, soit que l'aspect clinique ait

présenté de tels signes que l'erreur soit difficilement évitable. On pose le diagnostic de grossesse, certains phénomènes semblent bizarres, et toutes données en mains *on ne diagnostique pas la malformation génitale parce qu'on n'y pense pas.*

« On ne fait pas le diagnostic de grossesse extra-utérine, dit DEVRAIGNE, parce qu'on n'y pense pas. » Parodiant cette phrase nous pourrions dire : « On ne diagnostique pas un utérus double pendant la grossesse parce qu'on n'y pense pas. » « Et, ajouterons-nous, on n'a aucune raison d'y penser dans la plupart des cas. »

Dans les commentaires faisant suite à son observation, POTOCKI ajoute : « La constatation d'un vagin cloisonné chez une femme enceinte éveillera l'attention sur la possibilité de la bifidité utérine et devra faire rechercher la présence d'un second col et d'une seconde corne utérine. On trouvera celle-ci dans le grand bassin le long de l'utérus gravide, mais je n'y insiste pas, car je ne m'occupe ici que des cas où cette corne est prolabée et où on perçoit par conséquent au toucher une tumeur praevia dont il faut déterminer la nature. Reconnaître la tumeur est simple, déclarer qu'il s'agit de la corne inhabitée d'un utérus double est plus difficile, si on n'y songe pas, et même presque impossible, si l'on n'a pas constaté la présence de deux cols. »

GUILLEMET et MICHON ne disent-ils pas : « L'idée d'une duplicité utérine ne vient pas à l'esprit d'un clinicien lorsque l'on constate une tumeur para-utérine, d'autant que la tumeur, annexielle surtout, est chose courante, tandis que la malformation est l'exception. » Nous ne pouvons que souscrire à ces opinions et les faire nôtres.

Du point de vue que nous étudions, le diagnostic va donc se faire pratiquement dans deux conditions différentes : chez une femme qui présente des signes de grossesse on trouve une tumeur adjacente à l'utérus gravide :

1^o Il existe deux vagins ou une bride au deux cols : le diagnostic est fait, il ne peut s'agir que d'une grossesse dans un

utérus double, l'hémi-utérus vide étant la tumeur adjacente à l'utérus ; cette tumeur, praevia, sera la cause de la dystocie : c'est donc essentiellement un diagnostic de T. V.

2° Il n'existe pas de cloisonnement, ou on ne le découvre pas, ou on ne trouve qu'un col : pratiquement on ne fait presque jamais le diagnostic. On pense à tout, sauf à une bifidité utérine [Observ. XVI, MILAILESCO], par exemple. Nous n'en voudrions pour preuve qu'un cas rapporté par ROSSA : oblitération inférieure d'un des deux vagins : le toucher vaginal ne donne pas la possibilité de sentir le pertuis de la paroi vaginale qui a permis la grossesse du côté correspondant à ce vagin fermé, et le diagnostic posé est celui de grossesse tubaire.

C'est d'ailleurs parfois à cause de l'examen que l'erreur est commise : le toucher vaginal à l'aveugle ou incomplet en est souvent responsable ; le doigt peut très bien passer à côté de la cloison, l'ignorer, alors qu'elle existe.

Le *toucher bidigital* — qu'on devrait systématiquement pratiquer — est en effet souvent indispensable pour déceler la présence d'une cloison vaginale « qui sera prise entre les deux doigts observateurs » (FOURNIÉ) ; il faut avoir soin d'explorer les parois vaginales avec les doigts introduits successivement de champ dans le sens vertical puis dans le sens transversal : l'observation de BALARD (observ. XI) montre toute la valeur de ce toucher ; malheureusement, comme le dit LEQUEUX, ce n'est généralement que « le hasard d'une exploration bidigitale » !

L'*exploration bimanuelle*, successivement de la main droite puis de la main gauche, permettrait également de déceler avec plus de sûreté une anomalie de la cavité vaginale. LEPAGE (*La Médecine*, avril 1935) a insisté dernièrement là-dessus. Remarquons néanmoins : que le cloisonnement n'existe pas ou est incomplet dans bien des cas qu'en cas de cloisonnement vaginal complet, avec un des orifices vulvaires très petit ou imperforé, il peut être impossible malgré le T. V.

le plus minutieux, de reconnaître l'existence de deux vagins ; c'est peut-être ce qui fait dire à Metzger que la duplicité vaginale est découverte « par hasard au T. V. » !

La mise en place d'un speculum même ne permet presque jamais « d'accrocher » la cloison.

En résumé donc, et d'une façon générale, s'il n'existe pas de cloisonnement vaginal, le diagnostic va errer ; l'hémi-utérus non gravide fait discuter d'autres affections, dont trois surtout parce qu'elles sont les plus fréquentes :

A) — En premier lieu, et surtout au début de la grossesse, *la grossesse extra-utérine* ; quelle que soit sa variété (cas de : MANTEL, BROUHA, LUTHEREAU et PETIT, BASTIAN).

Les phénomènes généraux sont évidemment les mêmes ainsi que les réactions gravidiques de l'utérus inhabité : au T. V. en effet, la grossesse extra-utérine donne la perception d'un corps utérin présentant les modifications habituelles de la gravidité et fait sentir au voisinage de celui-ci une tuméfaction mollasse relativement indépendante de l'utérus.

L'hémi-utérus gravide est pris pour une grossesse ectopique, l'hémi-utérus non gravide pour un utérus normal. Souvent même, pour accentuer la difficulté du problème, les douleurs accompagnant la grossesse dans un utérus double peuvent être confondues avec les crises douloureuses syncopales de la grossesse ectopique, la persistance des règles en cas d'utérus double peut induire en erreur avec les hémorragies de la grossesse extra-utérine, et l'expulsion de caduque pendant la grossesse égare encore plus le diagnostic.

Il est évident que si l'on constatait des contractions au niveau de la tumeur gravide, on ferait facilement le diagnostic de grossesse intra-utérine : dans ce cas un 1^{er} toucher permet de trouver un corps utérin de consistance ferme et une masse molle, pâteuse qui sera la corne gravide en état de relâchement musculaire ; un deuxième toucher pratiqué plus tard donne une sensation renversée. On ne trouve jamais ces alternatives de contraction et relâchement dans une trompe

distendue par une grossesse ; c'est le propre du muscle utérin de se contracter de cette façon. Mais le plus souvent on ne pense pas à rechercher ce signe. C'est ainsi que MANTEL (*Annales de gynécologie*, 1907) cite le cas d'une multipare avec quatre accouchements normaux dont la malformation utérine était totalement insoupçonnée et n'a été découverte qu'à sa cinquième grossesse prise pour une extra-utérine.

Cependant quelques particularités ont été données pour essayer d'établir un diagnostic juste : dans l'utérus double, comme nous l'avons vu, la corne non gravide est le plus souvent en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, alors que dans la grossesse ectopique l'utérus vide est généralement au-dessus du pubis, ; les hémorragies apériodiques et si spéciales, les douleurs sont en faveur d'une extra-utérine.

S'il s'agit d'un utérus bicorne où le diagnostic est plus particulièrement difficile, DOUAY donne comme signe différentiel l'absence du signe de Hegar au niveau de l'isthme utérin, mais l'existence d'une bande de ramollissement à la base de la corne gravide ; cette bande qui fait charnière en quelque sorte donne au toucher vaginal l'impression d'une mobilité relative de l'utérus.

La situation du ligament rond et la perception de la bride vésico-rectale à travers la paroi abdominale donneraient aussi des renseignements précieux (HALBAN).

Remarquons d'ailleurs qu'il ne s'agit là, malgré tout, que d'un diagnostic d'exception : on ne pense ni à l'extra-utérine ni à la bifidité, et c'est l'évolution qui vient souvent donner le mot de la fin : il est rare de voir une grossesse ectopique évoluer jusqu'à terme sans provoquer d'accidents sérieux. Si cette éventualité de grossesse extra-utérine à terme se produit, la thérapeutique initiale à ce moment est presque toujours la même que dans cette dystocie par l'hémi-utérus non gravide praevia : laparotomie.

B) — La seconde hypothèse vers laquelle on penche plus

volontiers et plus fréquemment est : *le fibrome utérin* : l'hémi-utérus gravide est pris pour un utérus normal gravide, et l'hémi-utérus non gravide pour un fibrome du segment inférieur, c'est l'erreur commise dans les observations : I (MULLER), XI (BALARD), XIV (ANDERODIAS et DENIS), XXI (FAVREAU et KLEIN), XXIV (PÉRY), XXV (LE LORIER) Là encore, pour éviter toute confusion, on a voulu trouver une foule de signes distinctifs : en faveur du fibrome : sa fréquence, l'âge plus avancé de la femme, l'existence de douleurs continues, les troubles de compression, les métrorragies, au toucher vaginal la consistance plus dure de la tumeur et son indolence.

Qu'il nous suffise de rappeler qu'un fibrome se voit à tout âge, qu'il n'est pas toujours facile de faire préciser à une femme le caractère de ses hémorragies, et que le fibrome est souvent ramolli pendant la grossesse ! C'est dire qu'on penchera vers le diagnostic de fibrome et que l'erreur sera rarement évitée.

C) — De même le diagnostic de *kyste de l'ovaire* coexistant avec une grossesse dans un utérus normal sera porté plus souvent que celui de grossesse dans un utérus double : l'hémi-utérus gravide est pris pour un utérus normal gravide et l'hémi-utérus vide pour le kyste de l'ovaire. Il en a été ainsi dans nos observations X et XV (STEVENS et METZGER), et on a discuté ce diagnostic dans l'observation de GROSSE (XX).

Il nous semble cependant que cette erreur est plus facilement évitable : la latéralité du kyste, sa consistance fluctuante, l'absence de ménorragies, la dysménorrhée même, sont autant de signes qui doivent nous guider et qui s'opposent point par point à la situation plus souvent postérieure de l'hémi-utérus non gravide, à la consistance plus dure de celui-ci, à son plus petit volume, et aux caractères particuliers de la menstruation dans les utérus doubles.

Noublions pas cependant qu'il existe de petits kystes de

l'ovaire, de consistance relativement ferme, et que certains d'entre eux peuvent s'accompagner d'hémorragies. La difficulté du diagnostic n'est d'ailleurs pas toujours portée à son maximum comme dans l'observation de GROSSE (obs. XX) où il pouvait s'agir d'autant plus d'un kyste de l'ovaire que la femme avait été opérée sept ans auparavant d'un premier kyste ovarien.

D) Nous citerons brièvement deux autres affections qui peuvent prêter à confusion, l'hémi-utérus non gravide, plus ou moins praevia, étant pris pour :

— un *hématocolpos partiel supérieur* ; mais celui-ci refoule ordinairement le vagin latéralement, donne des signes de compression de la vessie, de l'intestin, s'applique plus aux parois du pelvis inférieur, s'insinue dans le bassin, est immobile.

— une *annexite ancienne prolabée et fixée* ; mais sa forme plus irrégulière et bosselée, les antécédents (accidents aigus avec douleur, température, réaction péritonéale), l'existence de pertes blanches ou jaunes, la douleur plus vive au toucher vaginal, la plus grande fréquence enfin doivent emporter le diagnostic.

E) Accessoirement enfin on a pu penser plutôt à :

— un kyste du vagin dont le siège au niveau du tiers supérieur de la paroi postérieure du vagin peut induire en erreur ; mais ces kystes du vagin sont en général plus petits et un T. V. sérieux les distingue facilement ; ils ont pu cependant causer la dystocie comme le confirment les cas de SCHROEDER, PUECH, TARNIER.

— un kyste paravaginal : globuleux, régulier, indolent, tendu et tangent au vagin.

F) Quant au diagnostic avec la dystopie rénale congénitale, les tumeurs du bassin, du mésentère, du mésocolon, de l'intestin, avec le néoplasme du péritoine, les kystes hydatiques pelvi-abdominaux, les kystes du para-ovaire, il ne se pose pratiquement pas.

Nos observations illustrent bien cette *difficulté du diagnostic*:

OBS. I : Diagnostic fait après l'accouchement, malgré l'existence d'une cloison ; héli-utérus non gravide pris pour un fibrome.

OBS. II : Soupçonnée, la cause de la dystocie n'est confirmée que par l'autopsie.

OBS. III : Diagnostic fait facilement à la première grossesse par l'existence « d'un septum vaginal complet. »

OBS. IV : L'examen au moment du travail montre deux cols nettement différenciés.

OBS. V : 3 accouchements normaux. Diagnostic de la malformation au 4^e accouchement dystocique, par la présence de 2 vagins distincts passés inaperçus jusque-là.

OBS. VI : Vagin double ; diagnostic de la duplicité utérine chez une femme vierge ; première grossesse dystocique.

OBS. VII : Diagnostic porté au 6^e mois de la grossesse — première — : cloison vaginale .

OBS. : VIII : « Le hasard d'une exploration bidigitale (à terme) fait reconnaître l'existence d'une cloison vaginale. »

OBS. IX : Diagnostic fait au début du travail : 2 vagins : 1^{er} accouchement dystocique.

OBS. X : On pense à un kyste de l'ovaire ; la césarienne montre la bifidité utérine et la cause exacte de la dystocie.

OBS. XI : Lors d'une première grossesse, héli-utérus non gravide praevia pris pour un fibrome ; le diagnostic n'est fait qu'à la deuxième grossesse par la découverte d'un vagin double.

OBS. XII : Découverte de césarienne pour une telle dystocie.

OBS. XIII : Le diagnostic de duplicité utérine est fait au deuxième mois de la 1^{re} grossesse par la découverte d'un vagin double.

OBS. XIV : Pendant la grossesse, l'héli-utérus vide est pris pour un fibrome : découverte de césarienne.

OBS. XV : Au 8^e mois de la grossesse, la masse juxta-utérine est diagnostiquée : Kyste de l'ovaire.

METZGER pense à un utérus double, recherche, et découvre un 2^e vagin.

OBS. XVI : Pas d'interprétation de la tumeur praevia. Diagnostic à la césarienne, malgré un 2^e vagin découvert ultérieurement.

OBS. XVII : Malformation facilement diagnostiquée.

OBS. XVIII : Diagnostic non fait, même à l'intervention lors d'un quatrième accouchement pour la dystocie que nous étudions. Lors d'un examen post partum, découverte d'un col divisé en deux.

OBS. XIX : Trois accouchements normaux où le diagnostic n'est pas fait malgré une cloison ; diagnostic fait à la quatrième grossesse.

OBS. XX : Le médecin traitant ne découvre pas la cloison ; le Pr GROSSE diagnostique la malformation au terme de la grossesse.

OBS. XXI : Six accouchements normaux ; au septième, à terme, on parle de fibrome praevia ; la césarienne seule tranche le diagnostic.

OBS. XXII : La césarienne, lors d'un troisième accouchement, montre la malformation utérine.

OBS. XXIII : Diagnostic facile par l'existence d'une cloison.

OBS. XXIV : Lors d'une première grossesse, tumeur praevia prise pour un fibrome : la césarienne tranche le diagnostic.

OBS. XXV : Au 3^e mois de la grossesse, l'hémi-utérus vide est pris pour un fibrome. Au 4^e mois seulement, le T. V. montre un vagin double passé inaperçu aux autres T. V.

OBS. XXVI : Le rejet de la caduque de l'1/2 utérus non grvide vient donner la signature de la tumeur praevia perçue pendant la grossesse et prise pour un fibrome.

OBS. XXVII : Un curettage fait à la troisième grossesse révèle la présence de deux cavités utérines.

Nous voyons donc que, sur nos 27 observations, 15 fois seulement le diagnostic de malformation utérine a été fait par

la clinique, sans l'intervention chirurgicale ; encore faut-il noter que sur ces quinze fois, il a été fait :

- dans un cas au 4^e accouchement (obs. V) ;
- dans un cas au 2^e accouchement (obs. XI) ;
- dans un cas après un 4^e accouchement (obs. XVIII) ;
- dans un cas à la 4^e grossesse (obs. XIX) ;
- dans deux cas par des spécialistes (obs. XV et XX) ;

soit 6 fois où la duplicité utérine a été méconnue plus ou moins longtemps malgré l'existence d'une cloison... passée inaperçue.

- dans un cas l'autopsie seule a révélé la malformation (obs. II) ;

- dans six cas l'hémi-utérus non gravide a été pris pour un fibrome (obs. I, XI, XIV, XXI, XXIV, XXV) ;

- dans deux cas cet hémi-utérus vide a été confondu avec un kyste de l'ovaire (obs. X et XV) ;

- dans un cas on a simplement dit : tumeur praevia (obs. XVI) ;

- dans deux cas la cause de la dystocie a été une pure découverte de césarienne (obs. XII et XXII) ;

(nous ne comptons pas ici les cas où l'intervention est venue infirmer les diagnostics de fibrome ou de kyste).

En réalité, pendant la première grossesse, 16 fois sur 27 on n'a pas diagnostiqué la bifidité utérine : l'hémi-utérus non gravide et praevia n'a donc pas été diagnostiqué non plus.

Ce chiffre est assez éloquent par lui-même pour que nous y apportions la moindre explication. Nous reviendrons ultérieurement sur le diagnostic au moment du travail.

PEUT-ON PRÉVOIR LA DYSTOCIE ?

Nous venons d'étudier les caractères de la grossesse dans un hémi-utérus d'utérus double ; nous avons vu quelles affections fait discuter l'hémi-utérus non gravide plus ou moins

prævia. Théoriquement nous devons donc parvenir à porter un diagnostic de : grossesse dans un utérus double, l'hémi-utérus non gravide formant tumeur prævia. Nous avons donc franchi cette première difficulté : diagnostiquer l'utérus double ; diagnostiquer la tumeur juxta-utérine.

Nous est-il possible, en possession de ces données essentielles, de savoir pendant la grossesse si cet hémi-utérus non gravide va provoquer la dystocie ? Existe-t-il des éléments capables de faire prévoir cette dystocie, et quels sont-ils ? C'est ce que nous allons maintenant essayer de voir dans une étude d'ensemble.

— La variété d'utérus double.

« Dans l'utérus bicorne et l'utérus biloculaire total dit DELAS, l'utérus non gravide subit dans la cavité abdominale un mouvement d'élévation qui l'entraîne accolé à l'utérus gravide dont il est peu dépendant. Dans l'utérus didelphe et pseudo-didelphe au contraire, l'utérus vide, à cause de l'indépendance dont il jouit, reste soit au dessus de la symphyse, soit en retroversion dans le bassin. Cependant, d'une façon générale, le corps utérin non gravide se développant également au cours de la grossesse, remonte progressivement au-dessus du détroit supérieur. »

BRINDEAU signale qu'« au cours de la grossesse l'ascension de la corne non gravide est en faveur de la variété anatomique correspondant à l'utérus avec corps indépendants et cols fusionnés. Dans le cas d'utérus didelphe vrai le corps utérin non gravide reste dans le pelvis. »

METZGER est encore plus affirmatif, qui dit : « L'utérus bicorne (duplex, pseudo-didelphe) se comporte comme le précédent [didelphe], sauf que les deux utérus sont solidaires et qu'il n'y a pas de risques de tumeur prævia. »

D'après ces opinions, il semble donc que les utérus bicornes vrais ne peuvent pas provoquer la dystocie que nous étudions ; donc, si l'on fait non seulement le diagnostic

d'utérus double, mais encore celui d'utérus double de variété bicorné, il est facile de prévoir pendant la grossesse que l'hémi-utérus non gravide ne sera pas un obstacle à l'accouchement. C'est évidemment la règle ! Mais, il y a des exceptions : ce qui justifie l'expression de BRINDEAU : « en faveur. »

En pratique par conséquent, l'existence d'un utérus bicorné permettrait d'éliminer à peu près sûrement, la possibilité de dystocie ; l'hémi-utérus non gravide peut même remonter tardivement comme le montre l'observation de FRUHHINSHOLZ : « La masse pelvienne disparaît dès les premières contractions ». Notre observation XXVII est encore plus démonstrative.

Cependant sur nos 27 observations nous trouvons tout de même sept cas de dystocie par l'hémi-utérus non gravide praevia d'un utérus bicorné :

OBS.	VII : Pierra
«	X : Stevens
«	XIV : Anderodias..
«	XXI : Favreau
«	XXII : Devraigne
«	XXIV : Péry
«	XXVII : Vignes.

Et il apparaît clairement qu'il n'y a pas d'erreur sur le terme employé « d'utérus bicorné » qui a parfois prêté à confusion. Cette proportion de 7 cas sur 27 est assez importante pour ne pas être négligée ; elle est loin de la majorité des cas d'utérus didelphes et pseudo-didelphes, mais elle n'en mérite pas moins d'être considérée sur le même plan ; il nous paraît donc logique de ne pas faire de différence entre ces trois sortes d'utérus doubles : didelphe, pseudo-didelphe, bicorné — pour ce qui concerne cette dystocie tout au moins : l'utérus bicorné, au même titre que l'utérus

didelphe ou pseudo-didelphe, peut provoquer la dystocie que nous étudions, et on ne peut tirer argument de la variété d'utérus double pour prévoir cette dystocie.

— **Le volume de l'hémi-utérus non gravide.** Il ne semble avoir aucune valeur « pronostique » car, dans nos observations, il est extrêmement variable, allant depuis « un petit œuf » (obs. VIII) ou « une mandarine » (obs. XXIII), jusqu'à « une tête fœtale » (obs. XX) en passant par « une orange » (obs. XVII) ou « un poing » (obs. VI).

En outre, la dystocie s'est produite dans le cas de DEVRAIGNE (obs. XXII) sans que l'hémi-utérus non gravide — et cause mécanique de la dystocie — ait été perçu au toucher vaginal. Ceci contredit formellement FAVREAU qui, dans des explications faisant suite à son observation (obs. XXI), ajoute : « On peut penser que, quoique praevia, elle (tumeur) n'ait pas créé un véritable obstacle jusqu'alors, à cause de son volume qui a pu croître à chaque grossesse. »

L'utérus non gravide augmente de volume, — c'est là un phénomène physiologique normal —, mais cette augmentation de volume est extrêmement variable : nous ne pouvons donc trouver là de renseignement décisif pour prévoir la dystocie.

— **Les caractères et le siège de l'hémi-utérus non gravide.** Ils varient aussi dans de très grandes proportions : prenons quelques exemples :

— OBS. IV : « Tumeur de consistance mollassse. »

— OBS. V : « Tumeur lisse et régulière. »

— OBS. IX : « Dans le cul-de-sac postérieur une tumeur ferme, lisse, arrondie, située immédiatement en avant du sacrum. »

— OBS. XVI : « Tumeur de l'annexe gauche, indolore, immobile. »

— OBS. XX : « Masse ferme, inégale, irrégulière, bosselée à la même hauteur que la tête fœtale, au niveau du Déroit supérieur. »

— OBS. XXVI : « Masse dure, allongée, remplissant toute l'excavation, depuis le sinus sacro-iliaque jusqu'à l'arc antérieur. »

Comment tirer une conclusion, de constatations aussi différentes ?

— **La parité.** L'opinion de FAVREAU précédemment citée (« On peut penser que, quoique praevia, elle [tumeur formée par l'hémi-utérus non gravide praevia] n'ait pas créé un véritable obstacle jusqu'alors, à cause de son volume [qui a pu croître à chaque grossesse. ») tend à faire admettre que la multiparité augmente la possibilité de cette dystocie. Certains auteurs américains (PALMER FINDLEY) opinent dans ce sens en admettant un autre mécanisme : le relâchement progressif des ligaments suspenseurs de l'utérus (ligament large, ligament rond) et de son pédicule. Nos observations infirment ces opinions ; en effet : la dystocie s'est produite :

- OBS. : I : 1^{re} et 2^e grossesses.
» II : 1^{re} grossesse.
» III : 1^{re} grossesse.
» IV : 2^e grossesse (une F. C. ant.).
» V : 4^e grossesse.
» VI : 1^{re} grossesse.
» VII : 1^{re} grossesse.
» IX : 1^{re} grossesse.
» X : 1^{re} grossesse.
» XI : 1^{re} et 2^e grossesses.
» XII : 1^{re} grossesse et suivantes.
« XIII : 1^{re} grossesse.
» XIV : 1^{re} grossesse.
» XV : 1^{re} grossesse.
» XVI : 1^{re} grossesse.

- » XVII : 2^e grossesse (une F. C. ant.).
- » XVIII : 3^e grossesse.
- » XIX : 4^e grossesse.
- » XX : 2^e grossesse.
- » XXI : 7^e grossesse.
- » XXII : 3^e grossesse.
- » XXIII : 6^e grossesse (cinq F. C. ant.).
- » XXIV : 1^{re} et 3^e grossesses.
- » XXV : 1^{re} grossesse.
- » XXVI : 1^{re} grossesse.
- » XXVII : 4^e grossesse.

La parité ne peut donc pas être un facteur de valeur pour la prévision de la dystocie ; comme nous venons de le voir en effet, cette dystocie se produit tantôt dès la première grossesse, tantôt chez une multipare ; elle peut se répéter lors d'accouchements successifs. (obs. I, XI, XII par exemple) ; ou bien n'être qu'un accident dans la vie obstétricale d'une femme ; mais le cas le plus curieux n'est-il pas celui de PÉRY : premier et troisième accouchements dystociques, deuxième accouchement normal quant à la dystocie par tumeur preavia formée par l'hémi-utérus vide ?

Certains auteurs notent que cet hémi-utérus vide est fibromateux (obs. XX et XXV), mais ne veulent pas voir là un rapport de cause à effet ; aussi ces lésions pathologiques de l'hémi-utérus non gravide ne peuvent-elles nous être d'aucune utilité pour prévoir la dystocie, car elles sont inconstantes et leur interprétation est difficile !

Nous voyons donc que ni la variété d'utérus double, ni aucun des caractères de l'hémi-utérus vide (volume, consistance, situation, lésions pathologiques), ni la parité de la femme ne peuvent logiquement et systématiquement faire prévoir la dystocie. Et cependant, si nous lisons attentivement nos observations, nous voyons que certains auteurs

ont pu, sinon la prévoir, du moins en révéler la possibilité. LEQUEUX ne dit-il pas (obs. VIII) : « L'utérus non gravide est devenu en quelque sorte praevia et latéroversé et pourra être cause de dystocie ? » Et BALARD (obs. XI) : « Probabilité de dystocie, si accouchement ? » Et FOURNIER (obs. XVII) : « Il est entendu qu'afin de parer à toute éventualité... dans le cas où surviendrait une complication pendant le travail ? » Sur quelles constatations, sur quels arguments se sont donc basés ces accoucheurs pour porter un tel jugement ? Sans vouloir faire intervenir ici leur « flair clinique », et en analysant attentivement leur observation, nous ne trouvons aucune raison capable d'entraîner leur opinion : tout au plus peut-on dire que chacun de ces auteurs redoute la dystocie, mais il ne la prévoit pas !

Peut-être pourrait-on, à la rigueur, tenir compte : *des grossesses antérieures, dystociques*, [METZGER : « Connaissant les antécédents de la malade, et ayant fait le diagnostic de la tumeur, M. le Pr METZGER décide la malade à entrer à l'hôpital pour être opérée], *des caractères évolutifs de la tumeur*. [LE LORIER : « Au fur et à mesure que la gestation avance, la masse fibromateuse grossit, reste irréductible et devient tout à fait praevia : elle obture complètement le bassin. »] ! Mais, pour être impartial, il faut rappeler d'autres opinions en contradiction formelle avec les précédentes :

— MIHAILESCO : « La tumeur garde toujours les mêmes caractères » (obs. XVI).

— L'observation de FRUHNHOLZ n'est pas moins intéressante où la masse pelvienne disparaît dès les premières contractions (obs. XXVI). Ce fait est caractéristique pour confirmer l'analogie qui existe entre l'hémi-utérus non gravide praevia et un fibrome de même ordre. Il s'agit donc encore ici d'une « tumeur à surprises ». Nous venons de voir en effet qu'il se produit fréquemment une ascension spontanée tardive : dès les premières douleurs on constate qu'un hémi-utérus vide enclavé s'élève peu à peu vers l'abdomen ; ces

cas de réduction spontanée (— sur lesquels nous ne reviendrons pas —), véritables dystocies « légères », n'ont malheureusement pas lieu dans tous les cas, et il est donc difficile de savoir d'avance si la dystocie ne sera que « légère » ! (obs. XXVII).

— L'indécision de ПОРОККИ n'est-elle pas significative qui, ayant en vain essayé de réduire la tumeur, écrit : « Force est donc d'abandonner le travail à lui-même, en en surveillant la marche. Y aura-t-il réduction spontanée de la tumeur ? Ou bien, celle-ci restant en place, le fœtus s'engagera-t-il et trouvera-t-il un espace suffisant pour passer ? C'est ce que nous ne pouvons encore prévoir » (obs. IX).

— Et la curieuse observation de ПÉРЫ (obs. XXIV), contrastant avec celle de FITZPATRICK (obs. XII), ajoute le dernier point de confusion à ce difficile problème :

1^{re} grossesse : hémi-utérus dr. gravide ; hémi-utérus g. praevia dystocique.

2^e grossesse : pas de dystocie par hémi-utérus praevia.

3^e grossesse : hémi-utérus g. gravide ; hémi-utérus dr. praevia dystocique.

Comment peut-on prévoir la dystocie en présence d'une telle indécision, de telles variabilités, et en l'absence de tout élément de valeur ? Que d'étapes à franchir ! :

— Tout d'abord : penser, par certains signes, à l'existence d'un utérus double, et le diagnostiquer, pour parvenir à interpréter la tumeur praevia formée par l'hémi-utérus non gravide ; et nous en savons toutes les difficultés !

— Poser ensuite le problème de la dystocie possible, mais ne pouvoir la prévoir faute d'éléments de valeur : c'est-à-dire redouter cette dystocie, mais ne pouvoir affirmer qu'elle se produira... ou ne se produira pas.

Nous ne pouvons souhaiter meilleure preuve que cette phrase de ПОРОККИ : « La présence de cette tumeur *fait craindre* qu'elle n'apporte un obstacle à la marche du travail. »

En résumé : Bien souvent on ne diagnostique pas la duplicité utérine parce qu'on n'y pense pas, et par ce que les signes particuliers fournis par l'interrogatoire, l'examen et le T. V. sont difficiles à trouver et à interpréter.

Cette *difficulté du diagnostic* et l'absence de tout signe de valeur font qu'*il est pratiquement impossible de prévoir cette dystocie* qui se voit dans les trois variétés d'utérus doubles : on sait que cette dystocie peut se présenter en cas d'utérus double, on peut la redouter, mais on ne peut savoir pendant la grossesse si elle se produira ou non ; et lorsqu'elle a lieu on en ignore généralement la cause.

LA DYSTOCIE : LE TRAVAIL

Nous avons étudié au chapitre précédent la symptomatologie un peu spéciale de la grossesse dans un utérus double avec héli-utérus non gravide praevia ; nous avons vu la difficulté du diagnostic et les erreurs qu'il est facile de commettre ; nous avons insisté sur ces différents points pour essayer de prévoir, pendant la grossesse, la dystocie : ceci nous eût permis, sinon d'éviter cette dystocie, du moins de nous tenir prêts à la combattre ou de la combattre « prophylactiquement » — si l'on peut dire ! Mais nous savons à quelles difficultés, à quelle impossibilité pratique même on se heurte inévitablement !

Nous allons donc étudier maintenant la dystocie par elle-même, chez la femme en travail. Nous tiendrons compte essentiellement des observations que nous avons recueillies voulant avant tout voir notre sujet sous l'aspect clinique.

— **L'apparition du travail.** On a donné comme signe de duplicité utérine et plus particulièrement de dystocie dans les utérus doubles, l'apparition du travail *avant terme* ; nous avons recherché ce symptôme dans nos observations et l'avons trouvé cinq fois :

OBS. IX : apparition du travail à 8 mois 1/2.

» XI : apparition du travail à 8 mois 1/2.

- » XIII : apparition du travail à 8 mois $1/2$.
- » XXII : apparition du travail à 8 mois $1/2$.
- » XXV : apparition du travail à 7 mois.

Quelle est la valeur de ce signe ? Le moins qu'on puisse en dire est quelle est discutable : nous savons en effet quelle variabilité existe dans l'apparition du travail dans un utérus normal, et avec quelle circonspection il faut calculer approximativement la date de l'accouchement d'après l'arrêt des règles ! A plus forte raison s'il existe une duplicité utérine où la menstruation peut persister normalement, les premiers mois d'une grossesse ! D'ailleurs, LE LORIER (obs. XXV) n'ajoute-t-il pas : « 7 mois d'après les règles. Le développement de l'utérus fait penser que le début de la grossesse est antérieur à la date des dernières règles » ?

— **Le diagnostic au moment du travail.** Existe-t-il à ce moment des signes — autres que ceux déjà vus — qui vont nous permettre le diagnostic ? A quelle période du travail a été fait ce diagnostic ?

Un élément nouveau important réside dans : *les contractions utérines*.

Nous étudierons ultérieurement les contractions utérines proprement dites, c'est-à-dire les contractions de l'hémi-utérus gravide. Seules nous intéresseront ici *les contractions de l'hémi-utérus non gravide* : c'est qu'en effet *l'hémi-utérus vide* — et *prævia* — est le siège de véritables contractions douloureuses comme l'utérus qui accouche. Ce fait est nettement indiqué dans un cas de CHÉRON. Il en résulte que l'hémi-utérus non gravide subit des mouvements d'élévation analogues à l'ascension des tumeurs fibreuses, fait saillie à chaque douleur, puis peut remonter légèrement lorsqu'il n'est pas bloqué entièrement (PRUVOST).

Ces contractions peuvent être : isochrones à celles de l'utérus gravide (POTOCKY, FOURNIÉ) [DOS SANTOS, obs. IV.]

« Les cornes utérines se contractent simultanément. »], ou au contraire en être entièrement indépendantes (BOUSCARLE) : GEISS rapporte dans une observation qu'il a pu suivre le travail qui se faisait tout d'abord dans l'utérus droit, et après la version pratiquée dans cet utérus, les contractions utérines se sont localisées à l'utérus gauche ; mais cette indépendance des contractions n'est pas toujours aussi complète, et plus souvent on voit la contraction se faire en une place bien localisée d'un héli-utérus, puis progressivement s'étendre aux deux cornes utérines. N'est-ce pas là d'ailleurs un fait normal ? Ce n'est pas en tout cas un signe probant de malformation utérine avec accouchement dystocique, mais une preuve de l'origine double de l'utérus ; dans un utérus normal on rencontre en effet ces contractions localisées et BAR a attiré l'attention sur ces « contractions partielles » qui, à un premier examen, font porter le diagnostic de fibrome dans un utérus gravide, « fibrome-fantôme » que l'on ne retrouve pas à un examen ultérieur alors qu'aucune contraction n'a lieu.

En relisant l'observation de HOLZAPFEL (obs. VI) nous notons que « les douleurs existaient aussi du côté droit », la grossesse siégeant dans l'héli-utérus gauche. De même, nous notons une confirmation du même signe dans le cas cité par ANDERODIAS (obs. XIV) : « On sent au toucher une tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche, se contractant avec l'utérus. » FAVREAU (obs. XXI) exprime une opinion identique : « Dès le début du travail la malade se plaint de son côté droit pendant les contractions utérines. »

Ce signe est le seul à ajouter à ceux que nous avons étudiés au chapitre précédent pour éclairer le diagnostic pendant le travail ; le perçoit-on, il est pathognomonique !

Prenons nos observations : dans les cas où la tumeur — formée par l'héli-utérus non gravide — n'a pas été rapportée à sa cause pendant la gravidité, c'est-à-dire où la malformation utérine n'a pas été diagnostiquée, nous remarquons que

ce signe n'a été noté qu'une fois (obs. XXI) : encore n'a-t-il pas été interprété. Il en résulte que sur les 10 cas (obs. : I, II, X, XIV, XVI, XVIII, XXI, XXII, XXIV, XXVI) où le diagnostic de la tumeur rapportée à sa cause n'a pas été fait pendant la grossesse, il n'a pas été fait non plus pendant le travail :

— 6 fois il a été fait à l'intervention : (par exemple : obs. XVI : « Tumeur qu'on reconnaît avec surprise comme un second corps utérin. »)

— 1 fois (où il n'y eut pas d'intervention) il a été fait dans les suites de couches par expulsion de caduque.

— 1 fois il a été fait ultérieurement par la découverte d'une cloison.

— 1 fois il a été fait à l'autopsie.

Donc, au cours du travail, de même que pendant la grossesse, le diagnostic de la tumeur formée par l'hémi-utérus vide et praevia sera facile si la duplicité vaginale a été reconnue ; dans le cas contraire il ne sera généralement pas fait. Le plus souvent en effet, comme nous l'avons vu, on ne pense pas en présence de la tumeur praevia à la possibilité d'une duplicité utérine, et c'est au cours de l'intervention — opération césarienne faite pour tumeur praevia — qu'on interprète généralement cette tumeur praevia. Parfois aussi la duplicité vaginale ou cervicale existe mais passe inaperçue, la césarienne montre l'existence d'un utérus double, et fait rechercher ultérieurement la duplicité vaginale ou cervicale qui est alors découverte : il en a été ainsi dans nos observations de METZGER — duplicité cervicale —, et de MIHAILESCO — cloison vaginale complète —. Et pour montrer encore la difficulté du diagnostic à cette période, rappelons quelques faits significatifs :

— On a pu voir un médecin et une sage-femme obtenir des résultats qui ne coïncidaient pas : l'un affirmait qu'une femme était en travail à dilatation complète et prétendait avoir senti les cheveux, alors que l'autre le niait formelle-

ment et trouvait un col petit et fermé (cas cité par REYNES) : chacun d'eux avait fait le toucher vaginal par un conduit différent.

TIEDEMAN, KUSSMAUL ont rapporté chacun un cas identique.

— Bien qu'une femme eût des symptômes de travail, deux médecins cherchaient en vain des modifications du col et n'en trouvaient point ; ils pratiquaient le toucher vaginal par le vagin qui correspondait à l'utérus vide (cas cité par J. W. TAYLOR).

— MIHAILESCO (obs. XVI) touche une femme en travail, trouve un col dur, imperméable, fait une césarienne tant pour les caractères de ce col que pour tumeur praevia, et s'aperçoit après l'intervention que ce col est celui de l'utérus non gravide praevia : le col de l'utérus gravide normalement dilaté était passé inaperçu.

En résumé donc : au moment du travail un signe nouveau important, mais difficile à constater, s'ajoute aux éléments de diagnostic existant pendant la grossesse : les contractions douloureuses du travail de l'hémi-utérus vide praevia (1). C'est dire que le diagnostic reste extrêmement difficile et les erreurs nombreuses.

Continuons d'étudier point par point, les caractères de cette dystocie, et tout d'abord :

— **Le siège de l'hémi-utérus non gravide.** L'examen objectif et soigné de nos observations nous donne des renseignements plus ou moins précis :

— OBS. I : « ...au détroit supérieur, rétrécissant l'excavation. »

(1).Ce qui fait dire à ПОРОЧКИ dans des explications faisant suite à son observation : « La perception du durcissement intermittent de la tumeur serait un élément important de diagnostic pour le cas par exemple où on aurait méconnu la bifidité du vagin et du col, car en dehors d'une corne utérine, seul un fibromyome gravidique peut être le siège de contractions, en sorte que, de ce fait, seraient éliminées toutes les autres variétés de tumeurs, et en particulier les tumeurs ovariennes. »

— OBS. III : « La corne inhabitée est située derrière l'utérus grvide et à droite, en rétroversion. »

— OBS. IV : « ...tumeur occupant à gauche l'excavation et le détroit supérieur. »

— OBS. V : « ...dans la moitié droite du bassin une tumeur logée dans l'excavation pelvienne. »

— OBS. VI : « Utérus (non grvide) en rétroversion dans la concavité du sacrum, au-dessous du promontoire... Entre cet utérus et la symphyse pubienne on arrive sur le col de l'utérus (grvide). »

— OBS. VII : « L'utérus non grvide plus ou moins situé dans l'excavation... »

— OBS. VIII : « Le fond du vagin est occupé à gauche par une masse ressemblant à un utérus non grvide basculé en latérotation très nette, littéralement couché au fond du vagin. »

— OBS. IX : « Dans le cul-de-sac postérieur une tumeur située immédiatement en avant du sacrum. Il s'agit d'un utérus didelphe dont la corne utérine droite inhabitée est rétroversée et prolabée dans le Douglas. »

— OBS. X : « ...tumeur pelvienne. »

— OBS. XI : « La tumeur est fixée au-devant du col. »

— OBS. XII : Rétroversion de l'hémi-utérus non grvide.

— OBS. XIII : « ...dans le pelvis. »

— OBS. XIV : « ... tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche, couchée dans la fosse iliaque gauche. »

— OBS. XV : « L'utérus gauche est alors nettement prae-via et tend à descendre en avant de la présentation... » A l'intervention : « utérus vide couché dans le Douglas. »

— OBS. XVI : « Tout à côté de l'utérus on sent une tumeur de l'annexe gauche. »

— OBS. XVII : « Tumeur perceptible par le palper et le toucher combinés au-dessous de la branche ischio-pubienne gauche et bloquant en partie le côté gauche et antérieur de

l'excavation. » Puis, tumeur du côté gauche de l'excavation et en arrière, mais tout à fait au-devant de la présentation.

— OBS. XVIII : « ...dans le cul-de-sac postérieur une tumeur bloquée... »

— OBS. XIX : « L'utérus gauche (non gravide) était en rétroversion gauche. »

— OBS. XX : « ...deux masses à la même hauteur au niveau du D. S., non engagées. »

— OBS. XXI : « En arrière et à droite on sent une tumeur dans l'excavation. »

— OBS. XXII : « A l'intervention : en bas et à droite de la cavité pelvienne on trouve l'hémi-utérus droit. »

— OBS. XXIII : « A l'intervention : ...un deuxième utérus à gauche paraissant remplir l'excavation. »

— OBS. XXIV : « On trouvait dans le cul-de-sac gauche une tumeur praevia » (1^{re} grossesse).

— Dans le cul-de-sac droit (3^e grossesse).

— OBS. XXV : « A droite, une masse qui finit par obturer complètement le bassin. » A l'intervention : « hémi-utérus droit enclavé dans la concavité du sacrum. »

— OBS. XXVI : « Toute la partie droite de l'excavation depuis le sinus sacro-iliaque droit jusqu'à l'axe antérieur est remplie par une masse... »

— OBS. XXVII : « On sentait dans le Douglas une grosse masse... »

De cet exposé de faits cliniques il est facile de déduire que la tumeur formée par l'hémi-utérus non gravide et formant obstacle à l'accouchement, — et indifféremment le droit ou le gauche suivant le siège de la grossesse, — peut occuper un *siège variable* : en effet, *tantôt* l'hémi-utérus vide se trouve *au niveau du Déroit supérieur*, *tantôt* au contraire il occupe *l'excavation pelvienne* ; *sa situation par rapport à l'hémi-utérus gravide* est encore caractérisée — si l'on peut dire — par sa variabilité suivant les cas : *soit latéralement, soit en arrière, soit en avant*, mais généralement en arrière. L'hémi-

utérus vide « praevia » siège-t-il en avant ? — Il est alors situé entre la symphyse pubienne en avant et l'hémi-utérus gravide en arrière. Siège-t-il en arrière ? — Il est bloqué entre l'hémi-utérus gravide en avant et le sacrum en arrière. Il faut d'ailleurs remarquer que cette situation dans l'axe antéro-postérieur n'est pas toujours exactement médiane : *l'hémi-utérus vide est souvent plus ou moins incliné latéralement*, à gauche si c'est l'hémi-utérus, gauche à droite si c'est l'hémi-utérus droit.

Cet hémi-utérus vide *peut siéger au-dessous de la présentation* : il est donc alors nettement « praevia » ; mais il *peut aussi siéger au même niveau qu'elle* (obs. XX), être un obstacle à l'accouchement : quoique non « praevia » proprement dit, il mérite cependant d'être considéré comme tel.

La position de cette tumeur peut d'ailleurs varier pendant la grossesse, et être trouvée autre au moment du travail (obs. XVII).

Dans nos observations un fait frappe cependant : la *rétroversion fréquente* de cet hémi-utérus vide. Pourquoi cette rétroversion ? Il serait logique d'invoquer d'abord le vice de développement lui-même : la cause des déviations congénitales dans un utérus normal ne réside-t-elle pas déjà uniquement dans un vice de développement ? A plus forte raison lorsqu'il s'agit d'une malformation telle qu'une bifidité utérine ! En outre ceci n'expliquerait que les dystocies survenant lors d'une première grossesse ! Il faut donc nous tourner vers une autre hypothèse et faire intervenir : *a)* les caractères (que nous étudierons ultérieurement) de cet hémi-utérus vide, tant anatomiques qu'histologiques : dans nombre d'observations on note que l'utérus non gravide est augmenté de volume, — fait dû à l'épaississement des parois et à l'agrandissement de la cavité (par exemple : obs. I, VI, X, XIII, XIX, XX, XXV) : notons d'ailleurs que cette augmentation de volume, normale physiologiquement, est dans ces cas exagérée : « tête de fœtus » par exemple (obs. XX).

b) On est frappé parfois par la fréquence des petits noyaux fibromateux interstitiels (LAURENT) : nous avons retrouvé ce détail dans nos observations de MIHAILESCO. (XVI) et LE LORIER (XXV).

c) La rétroversion préexistante peut évidemment jouer un rôle : BENICKE (obs. III) et MILLS (obs. XIX), l'ont noté, mais c'est un fait rare.

Rappelons cependant que la rétroversion de l'un des deux utérus est fréquente en dehors de la grossesse et qu'elle s'exagère avec la répétition de ces grossesses.

d) Lorsqu'on retrouve dans les antécédents la notion de fausses-couches, on peut penser que la rétroversion existait antérieurement mais était passée inaperçue : elle n'en serait pas moins due, à ces fausses-couches ; il ne s'agit là d'ailleurs que de l'extension aux utérus doubles d'une cause favorisante admise pour les utérus normaux : n'est-ce pas le cas de notre observation XXIII ?

e) Peut-être aussi pourrait-on invoquer le rôle joué par un arrêt d'involution dû à de l'infection utérine lors d'un accouchement antérieur : l'utérus resté gros et mou aurait basculé sous l'influence de son poids et de la pression intestinale ; la laxité des ligaments ronds et des ligaments larges aurait favorisé ce renversement ; l'infection s'étant étendue au péritoine ou au tissu cellulaire péri-utérin, la déviation se serait fixée, serait devenue adhérente et irréductible : peut-être est-ce l'explication des cas où l'intervention (obs. XVI) montre un héli-utérus vide, praevia, rétroversé et adhérent ?

Mais, de toutes ces hypothèses, aucune, à elle seule, n'est capable de donner la clef du mécanisme. Peut-être y a-t-il association de plusieurs de ces causes ? C'est possible, mais c'est un problème qui n'est pas encore résolu ; trop de facteurs nous échappent encore : même connus, ils n'expliqueraient certainement pas les diverses situations — rétro, ante, latéro-version — de l'héli-utérus non grévide « praevia »,

trop de variations individuelles entrant en jeu (1). De sorte que, actuellement, on doit se borner à l'observation de faits objectifs, *sans pouvoir affirmer la pathogénie de cette dystocie* : n'est-ce point d'ailleurs la position prise par CAPLAIN : « Quand il (l'hémi-utérus vide) est rétroversé, il s'enclave dans le petit bassin, et c'est alors qu'il oppose un obstacle sérieux à la descente de la partie fœtale ; mais pourquoi est-il rétroversé ? La question n'est pas élucidée. »

On peut donc dire d'une façon générale : L'hémi-utérus non gravide « *prævia* » cause de la dystocie peut siéger au détroit supérieur ou dans l'excavation ; par rapport à l'utérus gravide, il est généralement situé en arrière de celui-ci, parfois en avant, et souvent plus ou moins latéralement ; sa déviation habituelle est la rétroversion.

— **Le volume de l'hémi-utérus vide.** Nous avons vu que l'augmentation de volume de l'hémi-utérus vide est un phénomène physiologique normal ; mais elle est *extrêmement variable* suivant les cas et nous savons qu'il n'est pas possible d'en tirer argument pour prévoir la dystocie. En effet, nous notons dans nos observations :

(1) Dans une thèse récente (Nancy, 1935) LECLERC émet l'opinion que cette rétroversion de l'utérus non gravide est souvent la cause de la dystocie : « Pourquoi dans certains cas, l'utérus ne remonte-t-il pas au-dessus du D. S. ? Cette cause de dystocie réside dans le fait que l'utérus non gravide est souvent rétroversé : dans cette situation en effet, la présentation repousse plus facilement devant elle une masse à grosse extrémité inférieure qu'un utérus en situation normale dont l'aspect piriforme à grosse extrémité supérieure fait qu'une pression latérale à son niveau tend à le faire remonter. De plus, pour effectuer son mouvement d'ascension, cet utérus dévié devrait se remettre en situation normale, et on conçoit mal cette possibilité, lorsque la présentation bloque le D. S. et tend à immobiliser la tumeur *prævia* constituée par la corne non gravide. »

Mais, outre la rétroversion, une autre cause nous apparaît susceptible d'empêcher l'évolution de l'utérus vide vers le haut ; nous savons en effet qu'il existe fréquemment une bride vésico-rectale antéro-postérieure ; or cette bride est capable de retenir l'utérus non gravide dans sa position basse : n'en est-il pas ainsi dans nos observations IX et XV ?

Par ailleurs, quel rôle faut-il attribuer aux adhérences coexistant avec la rétroversion ?

- OBS. IV : volume du poing de l'hémi-utérus vide.
» V : volume du poing de l'hémi-utérus vide.
» VI : volume du poing de l'hémi-utérus vide.
» VIII : volume d'un petit œuf.
» IX : volume d'une orange.
» XI : grosseur du poing.
» XVI : grosseur d'une orange.
» XVII : volume d'une belle orange.
» XVIII : grosseur d'une orange.
» XIX : volume d'une petite grappe de raisin.
» XX : même volume que la tête fœtale.
» XXI : grosseur d'un œuf de cane.
» XXIII : volume d'une mandarine.
» XXV : volume d'une noix, puis d'une grosse mandarine.
» XXVI : volume d'un gros poing.

Le volume « moyen » de l'hémi-utérus vide praevia est donc celui d'un poing ou, ce qui revient au même, d'une grosse orange. Remarquons en outre que, dans le cas de DEVRAIGNE la dystocie s'est produite sans que l'hémi-utérus vide ait été perçu au toucher vaginal.

Notons encore que l'utérus non gravide peut être le siège d'une accumulation de sang des règles, lorsque le vagin est obturé du même côté (hématométrie, hématocolpos). Nous n'en avons retrouvé aucune observation. « Mais il est évident qu'une telle éventualité peut se produire » (MONTFORT). L'hémi-utérus serait alors un obstacle non seulement par sa situation, mais aussi par son volume exagéré par distension. Il a été nécessaire parfois de vider l'hématométrie pour extraire l'enfant logé dans la cavité voisine (MONTFORT) (cas de WENDLING) : ceci se conçoit facilement.

— Les caractères de l'hémi-utérus vide. Là encore nos observations nous sont d'un précieux appui ; c'est à partir

d'elles en effet que nous allons essayer de déduire les caractères de cet héli-utérus vide :

OBS. IV : « Tumeur de consistance mollassse. »

OBS. V : « Tumeur lisse et régulière. »

OBS. VIII : « Masse indépendante de l'utérus en latérotation très nette. »

OBS. IX : « Dans le cul-de-sac postérieur une tumeur ferme, lisse, arrondie, située immédiatement en avant du sacrum. »

OBS. X : « Tumeur fluctuante. »

OBS. XI : « ...sur le segment inférieur une induration immobile, comme cartilagineuse, dont la partie supérieure est inaccessible ; qui ultérieurement se fixe au-devant du col, grossit et s'assouplit. »

OBS. XVI : « Tumeur de l'annexe gauche, indolore, immobile. »

OBS. XVIII : « ...dans la cul-de-sac postérieur une tumeur dure, bloquée. »

OBS. XX : « ...masse ferme, inégale, irrégulière, bosselée. »

OBS. XXI : « Tumeur dure, ovoïde, régulière, sensible à la pression. »

OBS. XXIII : « ...de consistance dure. »

OBS. XXV : « Masse dure, enclavée. »

OBS. XXVI : « Masse dure, allongée. »

Nous voyons donc que la plupart des auteurs insistent sur la *consistance ferme* de la tumeur praevia formée par l'héli-utérus vide ; c'est là un caractère essentiel quoique paradoxal : on s'attendrait plutôt en effet à trouver un ramollissement du fait de la grossesse ; peut-être cette dureté tient-elle à la compression de la tumeur entre le bassin et la présentation ! (MONTFORT).

L'*immobilité* de l'héli-utérus vide praevia est le deuxième caractère général : elle explique très bien, comme nous le

verrons plus loin, l'impossibilité fréquente où l'on se trouve de refouler cet héli-utérus. Celui-ci, d'autre part est *généralement lisse* ; la coexistence d'un état fibromateux le rend parfois irrégulier.

Quant aux autres caractères (forme, sensibilité), ils ne sont pas notés assez fréquemment pour que nous puissions en tirer une déduction d'ordre général.

— **La présentation.** — Dans sa thèse, GAUTRELET indique déjà la fréquence des présentations vicieuses. FOURNIÉ lui aussi cite ce fait. Toutes les observations d'utérus doubles nous montrent qu'il s'agit — accouchement dystocique ou non — :

a) En cas d'utérus didelphes ou pseudo-didelphes : toujours présentation longitudinale ; étant donné l'étroitesse, l'obliquité, la forme cylindrique des héli-utérus, cette présentation, tête ou siège, est presque obligatoire. Pour ECALLE ce sont toujours des sièges. En réalité les sièges y sont seulement beaucoup plus fréquents que normalement. On a dit (FOURNIÉ) qu'il s'agissait le plus souvent de présentation du siège décomplété irréductible : cette opinion toute personnelle nous paraît aléatoire.

b) En cas d'utérus bicornes, on peut rencontrer (FOURNIÉ) des présentations transversales.

Ces règles générales, concernant les utérus doubles, sont applicables sans restriction au point particulier que nous étudions. En effet, sur nos 27 observations, nous trouvons :

— 4 cas : présentation pas notée (obs. : I, XII, XIII, XIV, 1^{re} grossesse).

— 16 cas : présentation pelvienne (obs. : II, V, VII, VIII, X, XI, 1^{re} et 2^e grossesses, XVI, XVII, XVIII, 3^e grossesse, XIX, XXII, XXII, XXV, XXVI et XXVII).

— 10 cas : présentation céphalique (obs. III, IV, VI, IX, XIV, XV, XVIII 1^{re} grossesse, XX, XXI, XXIV 3^e grossesse).

— Nous ne notons aucune présentation transverse, ni aucune présentation céphalique autre que le sommet.

Sur 30 accouchements dystociques par héli-utérus non gravide nous avons donc 16 fois présentation du siège : il y a par conséquent *dans la moitié des cas environ une présentation de l'extrémité pelvienne*. — S'agit-il au contraire d'une présentation céphalique ? c'est toujours un sommet ; BousCARLE dit à ce sujet : « L'impression est que l'on est en face d'une présentation céphalique défléchie, mais cette inflexion se redresse progressivement. »

Nous ne tenons compte ici évidemment que des présentations définitives qui, seules, doivent nous intéresser.

A quoi tient cette fréquence des présentations pelviennes ? Deux causes, maternelles toutes deux, semblent pouvoir être invoquées :

— d'une part la malformation utérine elle-même qu'il est classique de considérer comme une cause prédisposante à la présentation du siège ;

— d'autre part la tumeur formée par l'héli-utérus vide : celle-ci en effet empêche la tête de se placer en bas ; elle agit par le même mécanisme qu'un kyste de l'ovaire ou un fibrome du segment inférieur ; elle gêne l'accommodation fœtale.

L'étude détaillée de ces présentations nous révèle certains caractères assez fréquemment rencontrés, et qui tiennent peut-être à l'obliquité de l'utérus gravide qui entraîne une mauvaise accommodation de la présentation au D. S. :

— leur *mobilité* (par exemple : ob. VII, IX, XXV) ;

— leur *tendance à fuir* vers une des fosses iliaques (par exemple : obs. IV, IX, XXII) ;

— leur *situation élevée* jusqu'à une période tardive (par exemple : obs. XVIII, XXVII).

Quant au mode de présentation du siège, nous ne l'avons trouvé noté que 3 fois dans nos observations :

— décomplété (obs. XI, XXVI « mode des fesses ») ;

— complet (obs. XIX).

Il ne nous est donc pas possible de donner une loi générale.

La présentation du siège ne semble pas influencée par la variété d'utérus doubles : sur 7 cas d'utérus bicornes la proportion des sièges reste d'environ 50 %.

Remarquons que dans notre observation II l'hémi-utérus vide n'a été un obstacle qu'au passage du 2^e pôle (tête) le siège étant passé sans gêne.

Deux faits essentiels dominent donc la présentation :

— une fois sur deux il s'agit d'un siège ;

— quand il s'agit d'une tête, c'est toujours un sommet.

Deux points secondaires :

— la tendance de la présentation à fuir vers une des fosses iliaques ;

— et sa situation élevée.

— **La rupture des membranes.** La rupture prématurée des membranes est considérée par certains auteurs (REYNES, SCHWAAB) comme un indice de malformation utérine, surtout avec accouchement dystocique. En ce qui nous concerne, nous ne voulons pas considérer le fait que certains auteurs n'ont pas recherché ce signe comme une preuve du peu d'importance qui lui est accordé ; les résultats sont tellement contradictoires, lorsque l'on a pris soin de noter la rupture des membranes, qu'ils suffisent à eux seuls pour lui dénier toute valeur : dans nos observations où elle est notée, la rupture des membranes s'est faite en effet d'une façon :

— prématurée (obs. XI, XIV, XXIII, XXV) ;

— précoce (obs. : XVI, XX, XXII) ;

— tempestive (obs. XXI) ;

— en outre, dans l'obs. de POTOCKI (IX) : membranes intactes à 2 francs.

— et dans l'obs. de MILLS (obs. XIX) : membranes intactes et col non effacé.

— et HOLZAPFEL (obs. VI) est même obligé de rompre les membranes à dilatation complète !

Ces constatations sont assez éloquentes pour que nous y revenions ! Le plus qu'on puisse dire est qu'*il peut y avoir rupture prématurée des membranes*, — de même que dans un utérus normal, — mais ce n'est pas une règle générale !

La rupture prématurée de la poche des eaux peut avoir pour conséquence, là, comme ailleurs, une procidence d'un membre ou du cordon (obs. : XIV, XXIV).

— **La dilatation.** A) *De l'hémi-utérus gravide :*

La marche de la dilatation dépend essentiellement (JEAN-NIN) « de l'état des tissus du col, de l'intensité et de la fréquence des contractions. Mais les contractions ne sont pas la seule cause de la dilatation : il faut y joindre l'action de la poche des eaux et de la présentation fœtale qui agissent en s'insinuant entre les bords de l'orifice qu'elles dilatent mécaniquement en même temps que, par excitation réflexe, elles stimulent la contractilité utérine. »

Or, dans la variété de dystocie que nous étudions, nous savons que, dans l'utérus gravide :

— les tissus du col sont souvent faibles et de mauvaise qualité : c'est là un caractère dominant de la musculature utérine en cas de malformation : danger plus grand d'inertie (BAR) car ce sont des utérus « mal étoffés » (obs. XXVII).

— les *contractions* sont fréquemment faibles et espacées. Quoique certains auteurs aient pu constater, du fait même de l'existence d'un utérus double, sans faire intervenir la notion de dystocie, de très violentes contractions (par exemple : obs. : XVI « contractions vives, régulières, fréquentes, qui persistent telles »), celles-ci sont en général *faibles, mauvaises, irrégulières* (LEPAGE) causant le plus souvent une inertie primitive de l'utérus (BOUSCARLE, BUMM). Dans certaines de nos observations ce fait est signalé :

OBS. IX : « contractions espacées, douleurs irrégulières et faibles, puis les contractions se rapprochent ».

OBS. X : « La femme a de fortes douleurs, mais les contractions utérines paraissent peu efficaces. »

OBS. XXI : « L'utérus est nettement hypotonique. »

Ces contractions de l'utérus gravide, souvent très douloureuses, peuvent agir de façon diamétralement opposée : dans le cas de FRUHHINSHOLZ par exemple (obs. XXVI) elles font remonter l'hémi-utérus vide ; dans le cas de FOURNIER au contraire (obs. XVII) « au lieu de favoriser l'ascension de l'hémi-utérus vide, elles ne font que l'enfoncer davantage dans l'excavation pelvienne. »

— la poche des eaux est parfois rompue prématurément ;

— la présentation fœtale — siège 1 fois sur 2 — est souvent élevée.

Tous ces facteurs sollicitant mal le col à se dilater, nous pouvons donc déjà prévoir que la dilatation va être lente. Le travail de ce fait subit une prolongation de durées très notable : HUCKSTALT cite les chiffres suivants :

— moyenne, 20 heures.

— primipares, 24 h. $\frac{1}{4}$.

— multipares, 15 h. $\frac{1}{3}$.

Nous ne discuterons pas ces chiffres, surtout leur précision « trop précise », pourrait-on dire, pour une moyenne ; nous ne voulons retenir que le fait essentiel : *la dilatation ne progresse pas, ou lentement, d'où prolongation du travail*. La confirmation de « ces vues de l'esprit » ne manque pas dans nos observations :

OBS. V : « Le travail n'avance pas. » Il s'agit d'une IV pare.

OBS. IX : Après 36 heures de travail, col dilaté comme 2 francs.

Il s'agit d'une primipare.

OBS. XVI : dilatation complète tardive.

Il s'agit d'une primipare.

OBS. XVIII : col peu modifié après 10 heures de travail. Il s'agit d'une IV pare.

OBS. XXIII : pas de dilatation 9 heures après le début du travail.

6^e grossesse : 5 F. C. antérieures.

OBS. XXIV : « La dilatation n'avance pas. »

Il s'agit d'une III pare.

OBS. XXXVII : « L'effacement combiné à la dilatation ont mal progressé. » IV pare.

Si cette lenteur de la dilatation du col est fréquente, il peut cependant en être tout autrement :

OBS. VI : « dilatation complète malgré la tête qui ne s'engage pas. »

Primipare.

OBS. XVII : « à midi effacement complet du col, le travail ayant débuté dans la matinée. »

2^e grossesse : 1 F. C. ant.

OBS. XXI : « 10 heures après le début du travail, dilatation complète. »

VII pare.

OBS. XXVI : « travail de 7 heures. » Primipare.

Pour HAMELIN, ces cas où la durée du travail est diminuée, doivent être rapportés au fait qu'il s'agit d'enfants prématurés, en tout cas de petits enfants dont le poids excède rarement 3.000 grammes.

Nous voyons donc que, là encore, les observations sont contradictoires ; la parité ne paraît pas intervenir. Peut-être y a-t-il cependant une lenteur de la dilatation beaucoup plus fréquente que cela n'a été noté !

B) *De l'hémi-utérus non gravide :*

Les contractions de l'hémi-utérus non gravide — que nous avons étudiées antérieurement — aboutissent aussi à l'effacement et à la dilatation du col : la situation praevia de cet hémi-utérus ne semble pas gêner ce phénomène physiolo-

gique normal que nous retrouvons 6 fois sur les 8 observations où il est recherché : obs. III, IV, VI, IX, XX, XXII ; 2 fois par contre il n'y eut aucune modification du col : obs. XVI, XVII « pas de modifications du col. »

Notre rappel physiologique du début nous permet de comprendre cette manifestation de la synergie fonctionnelle des deux utérus, et explique aussi les infractions à cette loi.

Notons enfin que, à défaut d'une véritable dilatation, il existe généralement une large béance du col : tous les degrés peuvent s'observer, depuis le col dilatable (obs. XVII, XXIII) jusqu'au « col qui laisse passer un doigt » (obs. IX) ou « qui atteint une dilatation complète » (obs. VI). Cette dilatation permet parfois d'explorer pendant le travail cet héli-utérus vide (obs. IV, IX) et d'affirmer alors le siège de la grossesse.

— **L'engagement.** Comme son nom le laisse prévoir, l'héli-utérus non gravide praevia va influencer surtout sur les phénomènes mécaniques de l'accouchement ; tous les temps de l'accouchement peuvent être troublés, mais un le sera surtout : c'est l'engagement qui *se fait mal* (FOURNIER) *ou même, le plus souvent, ne se fait pas.* Les termes employés dans nos observations ne laissent place à aucun doute :

OBS. III : « l'engagement progresse lentement. »

OBS. VI : « la tête ne s'engageant pas... »

OBS. VII : « l'utérus non gravide gêne un certain temps l'engagement. »

OBS. XI : le siège ne s'engage pas. »

OBS. XV : « la présentation ne s'engage pas. »

OBS. XVI : « la présentation n'est pas du tout engagée. »

OBS. XX : « la présentation ne s'engage pas. »

OBS. XXI : « la tête n'est pas engagée. »

OBS. XXII : « présentation sans aucune tendance à l'engagement. »

On ne peut être plus affirmatif, et il est rare de trouver une telle unanimité dans les opinions.

Cette impossibilité de l'engagement ne porte pas spécialement sur les phénomènes préparatoires à l'engagement (accommodation au détroit supérieur, c'est-à-dire amoindrissement et orientation) mais plutôt sur l'engagement proprement dit. La présentation — quelle qu'elle soit — ne franchit pas le plus souvent le détroit supérieur ; elle reste élevée, mobile, fuyant fréquemment vers l'une des fosses iliaques. Parvient-elle dans l'excavation ? elle ne descend pas au travers de cette excavation jusqu'au voisinage du détroit inférieur.

L'explication en est simple : la tumeur formée par l'*hémi-utérus non gravide fait coin ou taquet* contre lequel vient buter la présentation ; les contractions de l'hémi-utérus gravide font exceptionnellement remonter cet obstacle ; bien au contraire, loin de favoriser cette ascension, elles l'immobilisent, le bloquent dans l'excavation le plus souvent. Et ce butoir peut agir soit sur la présentation, soit, et plus rarement, sur l'autre pôle (obs. II par exemple) (où la tête dernière est arrêtée dans l'excavation par la tumeur qui se place au-devant d'elle).

C'est en somme la *même mécanisme que celui qui préside à la dystocie par fibrome pédiculé du segment inférieur ou kyste de l'ovaire praevia*. Mais ce mécanisme est encore renforcé par les adhérences que l'hémi-utérus vide peut avoir contractées et qui en font véritablement un corps solide et pratiquement immobile.

L'accouchement spontané pourrait se produire, semble-t-il, si la tumeur était très petite ou suffisamment molle pour être déprimée par la présentation : or, il n'en est rien. Un bassin large ou un fœtus petit ne paraissent pas davantage pouvoir permettre l'accouchement spontané, sans danger tout au moins.

Un fait domine cependant ; il est en opposition formelle

avec ce qui se produit habituellement en cas de kyste de l'ovaire ou de fibrome praevia : la rareté de la rupture utérine que nous n'avons notée nulle part ; cela tient peut-être à ce que le tissu utérin — par la seule existence de la malformation — est impuissant à donner une contraction anormale par son énergie et sa durée pour aboutir à la contracture. Mais le danger en persiste néanmoins (DEMELIN-DEVRAIGNE) et rien ne prouve, — au contraire — que cette rupture ne puisse se produire (WEIL) : BUMM ne dit-il pas que « la rupture est possible à chaque instant ? »

— **Terminaison par les voies naturelles.** Disons tout de suite que dans cette dystocie, la terminaison par les voies naturelles est *rare* ; elle le deviendra de plus en plus : les observations recueillies ces dernières années en font foi ; la connaissance plus approfondie du problème que nous étudions, l'évolution chirurgicale de l'obstétricie moderne nous permettent de jeter un pont sur l'avenir. Et l'on comprendra mieux les raisons de cette tendance à l'intervention lorsque le chapitre suivant aura été traité.

Pour rester uniquement sur des faits précis, il nous faut remarquer que sur nos 27 observations, 12 fois seulement (en 11 obs.) l'accouchement s'est fait par les voies naturelles (obs. : I, II, II, IV, V, VI, VII, XI, XIX, XXVI, XXVII).

Néanmoins trois points nous frappent :

— une fois (obs. XXI) l'accouchement est « mixte » : désenclavement de la tumeur par voie abdominale, terminaison de l'accouchement par la filière pelvi-génitale.

— sur les cas cités plus hauts où l'accouchement s'est terminé par les voies naturelles, les 7 premiers sont les premiers cas connus de dystocie par héli-utérus non grévde praevia : le 1^{er} date de 1873, le dernier de 1908. Et cela n'est point pour étonner, si l'on considère les progrès réalisés seulement depuis peu et dans les indications thérapeutiques

nettement posées et dans la technique obstétrico-chirurgicale elle-même.

— Enfin, dans ces observations, il n'existe aucun point commun quant à la terminaison même de l'accouchement : celui-ci est rarement naturel ; bien plus souvent au contraire il est artificiel : abaissement des pieds (obs. XIX,) extraction du siège (obs. V,) forceps (obs. III), version (obs. VI), céphalotripsie (obs. II).

En outre, dans ces mêmes observations, l'accouchement par les voies naturelles se fait : a) tantôt après réduction de la tumeur,

— soit spontanément (obs. VII, XXVI, XXVII),

— soit artificiellement (obs. I, IV) ;

dans ces cas, de dystocique l'accouchement devient quasi-normal : l'hémi-utérus non gravide praevia n'est que momentanément une gêne à l'accouchement.

b) tantôt sans réduction de la tumeur,

— soit parce que le refoulement n'est pas tenté (obs. III, V, XIX),

— soit parce qu'il n'est pas possible (obs. II, VI, XI).

De sorte qu'il nous paraît logique de distinguer :

— *la dystocie légère ou momentanée* : elle est rare ; l'hémi-utérus non gravide qui fait obstacle remonte alors au moment du travail, parfois tardivement, et soit spontanément, soit par refoulement manuel ; la terminaison se fait par les voies naturelles, mais non toujours sans danger !

— *la dystocie proprement dite* : c'est la véritable et grave dystocie par hémi-utérus non gravide praevia ; celui-ci ne remonte pas ou ne peut être remonté ; comme nous le verrons plus loin, une seule thérapeutique rationnelle : la césarienne.

— **La mortalité infantile.** Nous l'étudierons successivement dans les cas de dystocie terminés par les voies naturelles, et dans les cas de dystocie traités par l'intervention chirurgicale.

A) Accouchements par les voies naturelles :

OBS. I : 2 accouchements dystociques : 2 enfants
morts.

OBS. II : 1 accouchement dystocique : 1 enfant
mort.

OBS. III : 1 accouchement dystocique : 1 enfant
vivant.

OBS. IV : 1 accouchement dystocique : 1 enfant
vivant.

OBS. V : 1 accouchement dystocique : ?

OBS. IV : 1 accouchement dystocique : 1 enfant
mort.

OBS. VII : 1 accouchement dystocique : 1 enfant
vivant.

OBS. XI : 1 accouchement dystocique : 1 enfant
mort.

OBS. XIX : 1 accouchement dystocique : 1 enfant
vivant.

OBS. XXVI : 1 accouchement dystocique : 1 enfant
vivant.

soit sur 11 accouchements dystociques, 5 enfants morts.

Un fait essentiel donc : la mortalité infantile considérable puisque la proportion de décès est d'environ 1 sur 2. Nous nous garderons bien d'insister sur cette mortalité : elle est assez significative et constitue l'argument majeur en faveur de l'intervention.

B) Accouchements par césarienne :

Sur 18 interventions pratiquées (césariennes) : 16 enfants vivants. Les 2 morts ne sont d'ailleurs pas imputables à l'opération elle-même ;

— dans l'obs. XIV en effet : enfant décédé pendant les préparatifs de césarienne — procidence du cordon — césarienne pratiquée cependant, car l'accouchement par les voies naturelles paraît impossible, même après basiotripsie ;

— dans l'obs. XXIV : enfant décédé avant l'intervention — procidence du cordon.

Citons enfin le curieux cas de FAVREAU : désenclavement de l'utérus vide par laparotomie ; extraction de l'enfant (mort antérieurement) par les voies naturelles.

Si l'on tient compte que les 3 cas de morts précédemment cités sont le fait d'indications opératoires posées tardivement et que, en conséquence, ils doivent augmenter le pourcentage des décès dans les accouchements par les voies naturelles, on peut donc dire que, pratiquement, les cas de dystocie par héli-utérus non gravide praevia traités par césarienne aboutissent à une mortalité infantile nulle. On peut discuter cette assertion, il n'en demeure pas moins que le traitement chirurgical est loin d'entraîner une mortalité infantile de 50 % comme dans les cas de dystocie terminés par les voies naturelles.

Il est évident que nous ne pouvons compter dans la mortalité infantile les cas où l'enfant est mort, non pas lors de l'accouchement, mais ultérieurement (3 semaines par exemple dans l'observation de METZGER).

Comparons maintenant à la mortalité maternelle.

— **La mortalité maternelle.** Dans une seule de nos observations nous notons la mort de la parturiente (obs. XXIII). La mortalité maternelle n'entre donc pas en ligne de compte. Le pronostic pour la mère, en cas de césarienne, est donc celui de toute césarienne.

Nous n'avons pas l'intention de tirer ici des déductions de ces faits : ils parlent d'eux-mêmes ! Nous verrons ultérieurement quelle conduite ils doivent nous inspirer.

En résumé : La dystocie par l'héli-utérus non gravide « praevia » d'un utérus double se caractérise essentiellement par :

l'engagement qui se fait mal, ou même, — et le plus sou-

vent — ne se fait pas ; l'hémi-utérus vide en est cause, avant tout par son siège (tantôt au D. S., tantôt dans l'excavation ; soit en avant, soit — et généralement — en arrière de l'utérus gravide et plus ou moins latéralement par rapport à lui) et sa position (rétroversion fréquente), enfin par son volume (d'un poing en moyenne), sa consistance ferme et son immobilité ; il agit en faisant coin au taquet ; il peut cependant remonter spontanément et tardivement.

En outre, la mauvaise qualité du muscle utérin entraîne des contractions faibles, irrégulières, espacées ; la dilatation est lente ou nulle ; donc, prolongation du travail, inertie ou rupture utérine.

Il en résulte la mobilité, la situation élevée de la présentation (siège dans 50 % des cas) et sa tendance à fuir vers l'une des fosses iliaques.

L'hémi-utérus vide « praevia » est aussi le siège de contractions, et son col se dilate plus ou moins.

Le mécanisme de cette dystocie est identique à celui qui préside à la dystocie par fibrome pédiculé du segment inférieur ou kyste de l'ovaire praevia.

La terminaison par les voies naturelles est rare et dangereuse pour l'enfant surtout : pratiquement elle ne doit être envisagée qu'en cas de dystocie « temporaire ».

Pour les cas de dystocie « proprement dite », les bons résultats — pour la mère et pour l'enfant — militent en faveur de l'intervention chirurgicale, césarienne généralement.

THÉRAPEUTIQUE

Lorsqu'on étudie nos observations par ordre chronologique, on est frappé d'emblée par un fait : la thérapeutique de la dystocie par l'hémi-utérus non gravide praevia présente deux périodes distinctes :

— Dans la première, l'accouchement se fait toujours par les voies naturelles :

— soit de façon ordinaire, après ascension spontanée (obs. VII) ou refoulement de la tumeur (obs. I, IV) ;

— soit artificiellement, la tumeur restant en place, par embryotomie (obs. II), forceps (obs. III), version (obs. VI) ;

— Dans la seconde période au contraire, la dystocie relève généralement de la césarienne ; ceci n'est point pour nous étonner : la tendance chirurgicale de l'obstétrique moderne n'est pas un mythe, et n'y sont point étrangers, comme nous l'avons vu, la connaissance plus grande des dystocies, les progrès de l'asepsie, de l'anesthésie, et de la technique chirurgicale ! Et pour le sujet que nous étudions, on comprend d'autant mieux cette tendance que les résultats sont nettement en faveur de l'intervention.

Devant la diversité des thérapeutiques mises en œuvre pour combattre cette dystocie, nous allons donc essayer de faire une étude de la ligne de conduite à suivre en pareil cas :

I. PENDANT LA GROSSESSE

A. « On a conseillé, dit CAPLAIN, de pratiquer pendant la grossesse *l'hystérectomie ou la fixation à la paroi de l'utérus non gravis*, afin de supprimer l'obstacle en vue de l'accouchement. Ces opérations donnent de bons résultats, mais ont quelquefois l'inconvénient de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. »

Le plus gros reproche que l'on puisse faire à cette opinion est qu'il n'y a pas lieu d'exposer à des risques opératoires — qui ne sont tout de même pas à négliger — une femme dont l'accouchement a les plus grandes chances d'être normal. Même avec le maximum de précautions le risque opératoire n'est pas à dédaigner. Encore faudrait-il que le diagnostic soit fait !

« Cette laparotomie prophylactique nous paraît irrationnelle et contraire à toute logique » (LECLERC).

B. D'autres auteurs ont essayé de *refouler l'hémi-utérus vide quelques jours avant la date probable de l'accouchement*. « Si on ne réussit pas, disent-ils, il y a bien des chances pour que la tumeur reste praevia et que la voie haute soit à utiliser. »

Cette manœuvre doit être conseillée : elle est facile et sans inconvénient ; nous en verrons ultérieurement la technique.

Cependant, même si elle échoue, il n'y a pas lieu d'en déduire qu'il y aura césarienne au moment de l'accouchement : nous savons en effet que l'ascension spontanée de l'hémi-utérus vide et artificiellement irréductible peut se produire à une période avancée du travail.

C. Quant à la césarienne pratiquée *systématiquement avant tout début de travail* (obs. XI, XVIII) ou dès les premières contractions (obs. XIII), et, préconisée surtout par les auteurs américains, elle nous paraît abusive. Il s'agit là en effet

d'une véritable césarienne prophylactique : ses avantages priment-ils ses inconvénients ?

Les avantages indéniables qu'on doit reconnaître à cette technique sont de trois ordres :

— la stérilité absolue de l'œuf, bien démontrée par RISACHER, mais combattue par POLACK.

— l'intervention classique, plus simple, plus rapide et faite à heure fixe ;

— les conditions excellentes dans lesquelles se trouve la femme.

Dans l'ensemble, cette césarienne prophylactique présente donc des avantages sérieux pour la mère. Il n'en est pas de même pour l'enfant.

Les inconvénients en effet ne font pas défaut : bien souvent et uniquement du point de vue particulier, qui nous intéresse, l'intervention est prématurée. Il n'existe pas de critère de la maturité de l'œuf :

— pour apprécier le terme d'une grossesse, on se base avant tout sur la date des dernières règles ; nous ne ferons que souligner l'approximation de ce signe ; nous insisterons sur le fait — que nous avons déjà signalé — que les règles peuvent persister les premiers mois d'une grossesse dans les utérus doubles : la cause d'erreur est alors plus importante.

— sans doute faut-il encore tenir compte de la hauteur utérine. Mais les chiffres classiques sont des moyennes qui ne sauraient correspondre à tous les faits, le volume de l'utérus variant sous l'influence de divers facteurs : parité, volume du fœtus, quantité du liquide amniotique. En outre, l'obliquité utérine, décrite dans la symptomatologie de l'utérus double gravide, vient encore troubler les résultats.

— quant à la radiographie elle ne semble pas pouvoir être d'un précieux concours : un cliché net est difficile à obtenir et difficile à interpréter ;

— mais la plus grave objection faite à cette césarienne prophylactique est la suivante : en faisant d'emblée l'interven-

tion, avant tout début de travail, on ne laisse pas à la femme la chance d'un accouchement spontané. Cet argument, à lui seul, nous fait rejeter la méthode : on n'a pas le droit de mettre sans raison la vie d'une femme en danger, alors que l'on peut compter sur l'ascension spontanée ou artificielle de l'hémi-utérus non garavide.

Pendant la grossesse, l'expectative doit donc être la règle générale. On ne peut prévoir cette dystocie, il faut donc attendre l'accouchement pour agir.

II. — A L'ACCOUCHEMENT

Quelle est la thérapeutique à laquelle on est réduit au moment de l'accouchement ? Quelle conduite tenir ? — L'utérus vide se trouve à l'entrée du bassin ou occupe l'excavation, gêne la descente du fœtus et ne remonte pas spontanément au début du travail.

Il est évident qu'à cette période de début de l'accouchement il ne doit encore venir à l'esprit de personne de proposer une opération à une femme dont l'accouchement peut être normal : certains auteurs cependant ont agi ainsi (PÉRY).

Il ne faut pas oublier au surplus que l'affection dont nous nous occupons est due à une malformation et qu'il faut la traiter comme telle. Cependant, on ne doit pas se confiner dans une expectative dangereuse, en comptant sur une éventualité favorable, et attendre la mort de l'enfant ou des accidents graves.

« Il ne faut pas escompter l'aplatissement de l'utérus vide, — au prix de quels désordres. » (LEMELAND). C'est pourtant ce qu'a tenté POTOCKI : « Nous étions autorisé à penser que la tête du fœtus, en s'engageant, laminerait la tumeur utérine et se fraierait un passage suffisant pour sortir. » (1).

(1) Et c'est ce que pense LECLERC, inspiré par Frùhinsholz : « Si l'utérus vide ne remonte pas, on peut espérer que la présentation laminera l'obstacle, donc seule-

« Le passage du fœtus à frottement très dur est trop dangereux pour lui et pour les parties molles maternelles » (LEMELAND). Un seul cas pourrait peut-être faire exception : c'est l'existence d'un fœtus petit.

A plus forte raison, « les procédés obstétricaux (forceps, version) employés malgré la situation de la tumeur utérine et tant en honneur avant ces vingt dernières années malgré les mauvais résultats qu'ils donnaient, doivent être systématiquement abandonnés. » Cette méthode a cependant été employée (obs. III, V) et même conseillée par RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE : « On a dû recourir au forceps et à la version dans le cas où on n'a pu réduire. » Cette opinion est surannée.

« Le fœtus vient-il à mourir, l'embryotomie d'emblée est mauvaise aussi, car, quand on s'y résoud, il y a bien des chances pour qu'il y ait déjà de l'infection amniotique. »

Par conséquent, il nous semble logique de tenter, avant tout, de refouler l'hémi-utérus vide. C'est l'avis de BÉASSE : « On pourra essayer de repousser cet hémi-utérus en haut et latéralement. » Cette opinion est discutée : certains n'essaient pas de refouler la tumeur utérine (p. ex : obs. X, XIII, XV, XVI, XVIII, XX, XXI, XXIII, XXIV, XXV ; PÉRY ne dit-il pas : « Je n'ai fait aucune tentative de réduction de l'utérus praevia et d'extraction du fœtus par les voies naturelles » ? (obs. XXIV). Il nous paraît cependant sans danger et nécessaire de tenter cette manœuvre : échoue-t-elle ? Nous venons de dire qu'elle est sans danger ! Réussit-elle ? Elle évite à coup sûr une césarienne !

Donc, *d'abord* :

Essayer de reporter au-dessus du détroit supérieur l'hémi-utérus vide.

ment allongement de la durée du travail. » Si l'on admet l'existence fréquente de « bassins larges » et de fœtus petits, cette conduite n'est pas dénuée de tout fondement. Nous savons ce qu'il faut penser de ces « bassins larges ! » Aussi estimons nous que :

Les conditions favorables à la réussite semblent être :

- la mobilisation possible de la présentation ;
- le siège au D. S. de cet héli-utérus ;
- le petit volume de cet héli-utérus qui rend toutefois son ascension spontanée impossible ;
- le fœtus incomplètement engagé.

Quelle *technique* employer pour refouler la tumeur utérine ?
C'est ce que nous allons voir maintenant :

— la position de la femme : il vaut mieux essayer tout de suite la réduction, la femme étant en position inclinée de TRENDLENBURG (CAPLAIN) ou en position genu-pectorale (BUÉ). Le decubitus dorsal est en effet moins favorable ;

— l'anesthésie générale à dose chirurgicale est indispensable pour supprimer toute douleur et toute résistance : elle permet d'opérer d'une façon continue et non pas seulement dans l'intervalle des contractions (HAMELIN).

— se servir de la main gauche ou droite, suivant que l'une ou l'autre est plus commode, en introduisant la main toute entière dans le vagin. Puisque l'héli-utérus vide est généralement en arrière, le refouler latéralement sur le côté du promontoire, vers l'un des sinus sacro-iliaques ;

— agir toujours prudemment, sans brutalité, avec la plus grande douceur, éviter les manœuvres de force : « Si l'on doit y mettre l'ombre de force, s'abstenir. » On peut observer en effet, comme dans les réductions un peu appuyées de fibrome pelviens, des accidents de torsion, gangrène, hémorragies.

POTOCKI ne dit-il pas dans l'observation que nous rapportons : « Nous n'avons pas cru devoir repousser la tumeur avec une force trop grande, de peur de nous exposer à produire dans la profondeur des désordres dont nous ne pouvions mesurer l'étendue » ?

Deux éventualités sont alors possibles :

- l'hémi-utérus vide peut être refoulé.
- l'hémi-utérus vide ne peut pas être refoulé.

A) Il est refoulé :

C'est alors qu'il va falloir discuter la conduite à tenir. Les opinions des auteurs sont en effet partagées :

— les uns se contentent de laisser le travail se faire seul : l'obs. IV en est un exemple ; et l'obs. XXVII : « Je pouvais laisser l'accouchement se terminer spontanément. »

— les autres font une application de forceps (SCHWAAB).

— d'autres encore conseillent de faire une version (VANVERTS et PAUCOT) et de n'essayer le forceps que si la version est impossible.

Peut-être pourrait-on distinguer la présentation du siège et la présentation céphalique :

— il y a un siège : ne pas intervenir ; l'abstention doit être de mise.

— il y a une présentation céphalique : accouchement naturel ou forceps. La version nous paraît à rejeter : il est facile de comprendre qu'il ne faut pas risquer de faire redescendre l'hémi-utérus vide avec la tête dernière dont le menton ou même l'occiput peut « accrocher » la tumeur utérine : notre observation II quoique légèrement différente de ce cas, nous en indique néanmoins le danger ! *A fortiori* même, pourrait-on dire, lorsqu'il s'agit d'une version !

B) L'hémi-utérus vide ne peut être refoulé :

Nous en avons des exemples dans nos observations IV, VI, IX (« Cette réduction est tentée, mais sans succès. La corne utérine ne se mobilise pas et ne peut être déplacée »), XVII (« Nous essayons en vain par deux fois de refouler et de remonter le second utérus qui bloquait l'excavation. »)

Il est évident qu'ici encore, la tumeur utérine n'étant pas réduite, il y a contre-indication absolue au forceps ou à la version pour des raisons que nous avons vues antérieurement.

Et la conduite à tenir est encore discutée :

— pour les uns il faut faire l'épreuve du travail avant d'intervenir.

— Pour les autres au contraire (COURTOIS) il faut aller franchement vers les opérations chirurgicales : BÉASSE : « En cas d'insuccès, on aura recours à la césarienne. » CAPLAIN : « Si la réduction manuelle de la rétroversion de l'utérus inhabité n'a pu être réussie, la césarienne est l'opération de choix. »

1^o L'ÉPREUVE DU TRAVAIL: il faut la tenter puisqu'elle a quelques chances de réussite. N'est-ce pas ce que fait POTOCKI (obs. IX) qui, ayant essayé en vain de réduire la tumeur utérine, dit : « Force est donc d'abandonner le travail à lui-même en en surveillant la marche. Y aura-t-il réduction spontanée de la tumeur ? »

Donc : attendre, si l'enfant est vivant, ne présente pas de signes de souffrance, s'il n'y a pas de risques d'infection : nous savons en effet que la réduction de l'hémi-utérus vide peut se faire spontanément, même après échec de réduction manuelle, et parfois longtemps après le début du travail ; dans certains cas où l'on peut prévoir le pire, tout s'arrange. Attendre — mais l'attente ne doit pas être trop longue, — et surveiller de très près, voilà la formule qui convient à la plupart des cas ! De l'ensemble des faits que nous venons d'exposer, il découle qu'on ne peut fixer à l'avance, de façon même approximative, dans quels cas cette épreuve du travail sera positive. En outre, il ne faut jamais oublier, ici surtout, que toute femme qui subit une épreuve du travail doit être considérée comme susceptible d'être opérée d'un moment à l'autre ; c'est dire la nécessité d'une asepsie rigoureuse et d'une surveillance de tous les signes classiques : soins d'hygiène, pas de T.V., examen fréquent de la femme au

point de vue température, pouls, facies, auscultation fréquente des bruits du cœur fœtaux. Ce sont là les règles généralement admises pour toute épreuve du travail ; celle-ci ne doit être prolongée que si aucun des signes de fléchissement organique de la mère ou de l'enfant ne se manifestent. Une temporisation excessive expose en effet à des dangers qui sont portés au maximum dans cette dystocie :

— maternels : la rupture utérine ; l'infection favorisée par ses causes ordinaires, et surtout ici par : la rupture des membranes, les T.V. répétés, les essais de réduction de la tumeur utérine ou d'extraction basse.

— fœtaux : accidents infectieux ; accidents encéphaliques mais surtout : accidents traumatiques spontanés (chevauchement des pariétaux, hémorragies méningées) ou provoqués. Telle est donc, brièvement résumée, l'épreuve du travail pour cette dystocie ; elle peut réussir ; elle ne réussit pas ? il faut alors faire une césarienne. Nous ne lui ferons qu'une objection : sa réussite exceptionnelle ; l'hémi-utérus non gréviste qui a résisté au refoulement manuel, a peu de chance de remonter ensuite spontanément ! « Il faudra envisager la voie haute et pratiquer une césarienne. » (LECLERC)

2^o LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES : Nous venons de voir qu'elles peuvent être l'aboutissant d'une épreuve du travail qui a échoué ; certains accoucheurs (PÉRY) y ont recours d'emblée chez les multipares dont les enfants sont morts au cours des dystocies antérieures ; mais elles sont habituellement la conduite tenue immédiatement après que la réduction manuelle de la tumeur utérine a échoué : c'est l'avis de LEJEUNE : « Il est néanmoins des cas où une intervention chirurgicale est indispensable. La césarienne devient alors une nécessité. » C'est aussi l'opinion de LEPAGE : « Pour sauvegarder la vie de l'enfant on doit traiter une telle dystocie par la césarienne abdominale surtout si des tentatives de redressement de l'hémi-utérus non gréviste ont abouti à un échec. » Quelles sont ces interventions ?

Citons pour mémoire la symphyséotomie (DEMELIN) qui est d'un autre âge et dont nous n'avons pu d'ailleurs retrouver aucune observation sur une telle indication.

Il ne peut s'agir non plus évidemment d'une césarienne vaginale dont c'est une des principales contre-indications.

— Quant à la méthode employée par FAVREAU — *laparatomie pour désenclaver la tumeur utérine, et terminaison de l'accouchement par les voies naturelles* — c'est la « curieuse association de l'intervention chirurgicale et obstétricale ». Cette intervention peu classique, outre qu'elle réussit rarement, ne nous paraît pas sans danger pour l'enfant : notons que FAVREAU l'a pratiquée dans un cas « à cause des risques dus à la mort et à la rétention du fœtus dans un utérus dont les membranes étaient rompues . » Certains auteurs, avant FAVREAU, ont essayé cette technique « mixte » mais ne sont pas parvenus à désenclaver l'hémi-utérus vide et terminent par une césarienne : POTOCKI (obs. IX) « Je cherche à introduire la main dans l'excavation pour en dégager la corne utérine vide, mais je n'y parviens pas. Je me résouds en conséquence à pratiquer l'opération césarienne » et FOURNIER (obs. XVII) : « Nous essayons d'atteindre l'utérus vide en glissant la main en arrière de l'utérus gravide, mais ne pouvant pas y parvenir, nous n'insistons pas pour essayer de le dégager, sachant que dans ce cas l'enclavement est tel que cette manœuvre serait non seulement inefficace, mais pourrait devenir dangereuse. » POTOCKI n'ajoute-t-il pas dans des explications faisant suite à son observation : « Nous nous étions proposé de pratiquer l'opération césarienne, mais nous avons envisagé la possibilité de réduire la rétroversion et d'abandonner ensuite l'accouchement à lui-même, l'obstacle étant levé. C'est une conduite rationnelle — (thérapeutique idéale, dit FAVREAU) —, mais nous n'avons pu réussir à atteindre la tumeur, et force a été de procéder à l'hystérotomie. C'est ce à quoi on est obligé de se résoudre dans la plupart des cas de tumeur praevia, l'accès de l'excavation

étant rendu impossible par suite du trop gros volume de l'utérus gravide qui recouvre complètement le détroit supérieur du bassin. » ?

Dans la majorité des cas on doit donc se résoudre à pratiquer une *césarienne abdominale*. Dans nos observations, sur 19 césariennes (dont 2 prophylactiques) pratiquées sur une telle indications :

15 sont des césariennes hautes,

4 sont des césariennes basses.

Remarquons cependant que dans les 6 observations de césariennes pratiquées depuis 1930 se trouvent justement les 4 césariennes basses. Quelle variété d'incision — haute ou basse — faut-il faire ?

BEGOUIN et ANDERODIAS, en 1923, indiquent « qu'il y a là une indication formelle à la voie haute » : ils redoutent l'incision sur le segment inférieur « avec toutes ses conséquences. »

Et GROSSE, en 1930, pratique la première césarienne basse pour cette dystocie, contrairement à ce que pensent TRILLAT, MICHON et OLLAGNIER qui, à la fin de leur observation en 1933, disent : « Notre cas est, croyons-nous, le premier où la césarienne basse fut employée. »

Que déduire d'opinions aussi contradictoires ?

Rappelons tout d'abord les différents procédés de césarienne abdominale :

— césarienne classique corporéale ou césarienne haute.

— césarienne transpéritonéale supra-symphysaire ou césarienne basse.

— césarienne avec extériorisation de la cicatrice.

— césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus ou opération de PORTES.

Ces deux dernières variétés sont des opérations d'exception qu'il est difficile de juger actuellement : il est admis qu'elles conviennent aux cas infectés.

Etudions maintenant les caractères des césariennes haute

et basse —surtout du point de vue particulier que nous étudions.

Césarienne haute. — Nous n'entreprendrons pas de décrire la technique si classique de la césarienne corporeale et les modifications particulières que différents auteurs y ont apportées. Nous nous bornerons à en résumer les caractéristiques essentielles.

« La plaie utérine est située dans une zone essentiellement contractile ; elle est suturée au catgut ou de préférence à la soie, l'affrontement des surfaces musculaires n'est pas parfait, la péritonisation ne peut être faite correctement, et surtout secondairement chacun des points de suture constitue une fistulette, un pertuis [obs. IX, XV], par où le contenu utérin pourra sourdre ultérieurement, faisant courir à la malade le risque d'une péritonite secondaire, s'il existe une infection légère. De plus on sait que la résistance à l'infection du péritoine de la grande cavité est incomparablement moindre que celle du péritoine pelvien et que d'emblée l'infection se généralise. D'autre part l'extériorisation pratiquée avant l'hystérotomie nécessite le refoulement des anses intestinales et de l'épiploon, et ne va pas sans tirer sur les mésos ; l'on sait combien ces manœuvres sont traumatisantes et on peut, à juste titre, les rendre responsables du shock opératoire toujours net chez les femmes ayant subi une césarienne haute. Enfin la situation de la plaie utérine amène des adhérences qui aggravent le pronostic lointain de la césarienne, mais surtout on peut se demander quelle confiance il faut faire, au cours des grossesses ultérieures, à une cicatrice siégeant sur la zone qui subira le maximum d'aplissement. Il n'en reste pas moins que la césarienne haute ou corporeale est une intervention rapide et de technique simple. » (L'HOIR)

C'est dire :

— la facilité et la rapidité de l'intervention, mais — la possibilité de deux ordres de complications sérieuses tardives : d'une part les adhérences et fistules utéro-pariétales consé-

cutives à des sutures à la soie et conduisant parfois à l'hystérectomie secondaire (p. ex. obs. XV), d'autre part les dangers de rupture utérine au cours des grossesses ultérieures.

De ces avantages et inconvénients il nous paraît utile de rapprocher ce fait que la césarienne haute pratiquée pour la dystocie par l'hémi-utérus non gravide praevia est presque toujours une césarienne tardive dans un utérus à paroi faible : il en résulte, logiquement, que les inconvénients sont encore exagérés pour cette raison :

— l'état précaire de la suture dû à la structure même de la paroi du corps utérin est plus grand encore.

— la position de la brèche utérine au milieu de la grande cavité péritonéale non protégée aboutit à la formation secondaire d'adhérences viscérales et pariétales si l'infection est peu virulente.

— la facilité de l'infection de cette brèche ouverte en plein péritoine est accentuée ;

— les risques d'infections deviennent non plus hypothétiques mais presque certains du fait de la fatigue de la femme, de la rupture des membranes, des examens répétés par le vagin (p. ex. : obs. XXI), des essais de refoulement. » (ENGELHARD).

De toutes ces considérations on doit conclure que, dans cette dystocie, la césarienne corporéale classique expose la femme à des accidents immédiats et tardifs qui assombrissent le pronostic.

Césarienne basse. — Que faut-il en penser ?

Nous rappellerons pour mémoire la césarienne basse extra-péritonéale actuellement abandonnée ; nous n'insisterons pas non plus sur les procédés opératoires multiples de la transpéritonéale actuellement employée ; nous ne retiendrons que les avantages et les inconvénients que présente cette technique chirurgicale : ses inconvénients :

— elle peut être difficile à exécuter lorsque le segment inférieur est peu formé comme dans les utérus doubles ; pour

résoudre la difficulté, les auteurs préconisent l'extension de l'incision à la partie inférieure du col (REEB).

— l'hémorragie peut être assez abondante au moment de l'incision du segment inférieur, car il existe des plexus veineux énormes sur la face antérieure de l'isthme ; pour la prévenir, opérer sous rachianesthésie ; si elle se produit, l'hémostase peut être difficile : mais LE LORIER qui insiste sur cette difficulté fait lui-même une césarienne basse (obs. XXV).

— l'extraction de l'enfant et du délivre serait difficile ; on remédie à cet inconvénient par une application de forceps.

— les accidents veineux seraient extrêmement fréquents (p. ex. obs. XX).

Voyons maintenant ses avantages :

— absence de shock et convalescence plus rapide.

— absence de fistule par l'emploi du catgut.

— cicatrice plus solide, car cette portion de l'utérus est immobile.

— mais surtout danger d'infection péritonéale pratiquement écarté.

Que devons-nous conclure de l'étude critique de ces deux procédés de césarienne ? Lequel de ceux-ci employer ?

On se trouve le plus souvent en présence d'une femme en travail depuis longtemps, donc fatiguée ; de la rupture prématurée des membranes résulte la possibilité de l'infection ; des touchers vaginaux multiples et des manœuvres de refoulement découle la probabilité de cette infection ; de la malformation utérine elle-même se déduit la déficience de la musculature, donc la fragilité particulière de la cicatrice. Il y a donc lieu de craindre le shock, l'infection, et ultérieurement la rupture de la cicatrice : ce sont là précisément les inconvénients qu'évite la césarienne basse : à elle vont donc nos préférences en cas de dystocie par hémi-utérus non gravidæ prævia ! Elle est moins rapide dira-t-on ? Cette assertion est discutable, « à peine existe-t-il un écart de dix minutes entre la durée de la césarienne basse et celle de la césarienne

haute dans les mains d'un opérateur exercé, d'un chirurgien comme le sont de plus en plus les accoucheurs modernes. » (L'HOIR). Quant à l'hémorragie qui pourrait être abondante, BRINDEAU estime qu'elle est minime lorsqu'on utilise la rachianesthésie.

Quelle *anesthésie* faut-il donc employer ? L'argument précédent milite en faveur de la rachianesthésie. Dans nos observations l'anesthésie générale est cependant le plus souvent employée (obs. XI, XV, XVIII, XXII [chloroforme], LE LORIER [SCHLEICH]).

Sans parler des accidents qu'on peut voir survenir, au cours des anesthésies prolongées (syncopes, asphyxies) et des complications propres à chacun des modes d'anesthésie, d'autant plus fréquentes que l'anesthésie par voie respiratoire aura été de plus longue durée, on peut considérer qu'en soi l'anesthésie est l'un des facteurs de shock. Et ce ne sont pas les inconvénients exceptionnels de la rachianesthésie (malaise, syncope, rétention d'urine, parésie intestinale, céphalée, paralysies, paralysies oculaires) qui doivent nous faire hésiter !

Il nous semble donc logique de faire une césarienne basse, sous rachianesthésie comme l'ont fait ANDERODIAS (obs. XIV) et PÉRY (obs. XXIV) et comme l'a tenté LE LORIER (obs. XXV).

La technique opératoire. Nous serons bref à ce sujet. Nous n'avons pas l'intention en effet de décrire le manuel opératoire d'une laparotomie ou d'une césarienne basse. La technique ne comporte aucune particularité sérieuse ; nous mettrons simplement en lumière certains points de détail qu'offrent ces interventions lorsqu'il s'agit des utérus doubles : nous ne ferons que résumer ce que nous avons déjà dit au chapitre « rappel anatomique ».

— il faut tenir compte, pour l'incision, de l'obliquité utérine.

— il n'existe qu'une artère utérine droite et une gauche ; il n'y a pas de dédoublement, on n'aura que deux pédicules utérins à lier.

— il existe souvent une cloison vésico-rectale médiane s'étendant du rectum à la face postérieure de la vessie, partageant le bassin en deux loges distinctes et renfermant en général deux artérioles qu'il faut ligaturer si l'on sectionne cette cloison.

— les malformations des voies urinaires peuvent se ramener à trois types principaux : rein unique, médian, présacré, volumineux, — rein unique avec un ou deux uretères du même côté, — absence d'un uretère.

On comprend tout l'intérêt pour le chirurgien de connaître ces anomalies et la possibilité de l'interposition de ces organes moins peut-être pour une césarienne simple que pour les interventions complémentaires possibles.

CÉSARIENNE SEULE OU ASSOCIÉE A UNE AUTRE INTERVENTION ? Une question se pose en effet : faut-il faire une césarienne simple (obs. XI, XIV, XXIII, XXIV, XXV) ou au contraire pratiquer en même temps une intervention associée ou complémentaire pour éviter la reproduction possible de la dystocie ? C'est-à-dire : ne faut-il faire qu'une intervention immédiate, la césarienne, ou faut-il au contraire associer à cette césarienne une autre intervention dans le but d'éviter la reproduction de la dystocie ? Hâtons-nous de dire que la décision n'est bien souvent prise qu'au moment de l'intervention, surtout quand le diagnostic de duplicité utérine n'a pas été fait (1). GUILLEMET ne dit-il pas à ce propos : « Si nous nous efforçons de réunir quelques éléments de diagnostic, c'est qu'il nous est apparu comme certain que tout diagnostic pré-opératoire bénéficie du traitement conservateur. »

En réalité un fait demeure : puisque le ventre est ouvert, il y a possibilité et tendance à intervenir : ne savons-nous pas en effet (obs. XVIII, XII, XXIV) que des accouchements

(1) Et qu'on intervient uniquement pour une « dystocie par tumeur praevia ».

ultérieurs peuvent être dystociques ? Et d'un point de vue plus général, ne savons-nous pas combien fréquentes sont les interruptions de la grossesse dans un utérus double, et combien nombreuses sont les complications qui guettent les femmes atteintes d'une pareille malformation ? Il semblerait donc qu'il y ait intérêt à intervenir.

Mais ne savons-nous pas aussi que bon nombre de grossesses sont menées à terme et se terminent normalement, même après accouchement antérieur dystocique ? (obs. XI, XXIV). Et JONES ne dit-il pas (obs. XIII) : « Beaucoup de ces femmes redeviennent enceintes, et je ne vois pas de raison, ni pour empêcher cette possibilité, ni pour pratiquer à nouveau une césarienne si le cas se présente. »

De sorte que, en confrontant ces opinions aussi diverses, et en rapprochant les cas heureux et les cas malheureux publiés dans la littérature médicale, tant en ce qui concerne notre sujet qu'en ce qui concerne les utérus doubles en général, il semblerait que l'intervention associée soit aussi légitime que l'abstention, et que l'adoption de l'une ou l'autre manière de faire dût être abandonnée au tempérament, au « réflexe chirurgical » de chacun ! « Il ne paraît pas y avoir en effet de règles fixes spéciales quant à l'intervention à pratiquer sur l'organe. » (Dodoz)

Mais tout d'abord, quelles sont ces interventions possibles ? Nos observations nous les indiquent :

— POTOCKI (obs. XI), FOURNIER (obs. XVII), DEVRAIGNE (obs. XXII), LE LORIER (obs. XXV) se contentent de redresser l'hémi-utérus non gravide.

— FAVREAU fait une ligature des pédicules (obs. XXI).

— MIHAILESCO (obs. XVI) fait une ligature des trompes et l'hystérectomie de l'utérus vide.

— BEGUIN et ANDERODIAS conseillent la section, entre deux ligatures, de la trompe de l'hémi-utérus césarisé.

— METZGER pratique une ligamentopexie dans un cas (obs.

XV) et une hysterectomie double dans un autre cas (obs. XVIII).

— GROSSE enfin (obs. XX) fait l'hystérectomie de l'hémi-utérus non gravide.

— Si l'on ajoute à cela que STERN conseille de fixer à la paroi l'hémi-utérus restant pour éviter ultérieurement sa rétroversion, on aura passé en revue la presque totalité des interventions complémentaires possibles.

Et là encore, devant une telle diversité d'opinions, devant de telles variations dans la thérapeutique, on comprend la difficulté d'indiquer la conduite à tenir et l'impossibilité de donner une règle générale ! METZGER ne dit-il pas : « La conduite à tenir est délicate. » ? Et l'indécision de POROCKI, de MIHAILESCO ou de LE LORIER ne traduit-elle pas l'embarras dans lequel se trouve l'opérateur ? (obs. IX, XVI, XXV).

Un principe qui domine toute l'obstétrique doit de même s'appliquer à la dystocie par l'hémi-utérus non gravide *prævia* : il faut être conservateur dans la limite du possible.

Le redressement simple de l'utérus vide nous paraît une erreur : il n'a aucune valeur prophylactique.

En principe donc il nous paraît logique de *faire soit une ligamentopexie après avoir solidarisé les deux utérus* (METZGER) soit une ligature des trompes (MIHAILESCO) ; la première de ces opérations nous semble la meilleure : elle laisse la possibilité de grossesses normales ; la seconde au contraire entraîne la stérilité.

TUFFIER propose la résection partielle des trompes dans le but d'empêcher la fécondation tout en conservant la fonction menstruelle : nous ferons le même reproche qu'à la technique de MIHAILESCO.

Il est bon d'être conservateur, mais encore faut-il l'être à bon escient. En somme, il faut s'efforcer de conserver la fonction génitale tant en évitant les complications obstétricales dangereuses qui pourraient survenir du fait de la

malformation. D'une façon générale enfin, l'opération pratiquée doit être telle qu'elle donne satisfaction au chirurgien au point de vue technique, et si l'on a le moindre doute sur l'évolution des suites opératoires, mieux vaut être interventionniste plutôt que de jouer une partie périlleuse.

Nous croyons donc que les préférences de principe pour le traitement conservateur doivent en de nombreux cas s'incliner devant des arguments de logique qui plaident pour l'exérèse. Nous pensons en outre qu'il existe des éléments nous permettant d'être éclectiques et de poser des indications précises ; ils sont tirés de l'état local, de l'état de la femme, et de ses antécédents obstétricaux ; leur valeur n'est toutefois que relative et chaque cas sera bien souvent un cas d'espèce.

— *D'après l'état local* : il faut tenir compte en effet des lésions pathologiques coexistantes et de la valeur physiologique de chacune des parties de l'utérus : il est classique de dire que cette indépendance plus ou moins grande des corps utérins établit la ligne de démarcation entre le traitement radical et le traitement conservateur.

Le plus souvent il y a lieu de faire une *hémi-hystérectomie* ; il s'agit d'une intervention vraiment préventive d'une dystocie à venir. Mais quel utérus faut-il enlever ? Et dans quelles conditions ? MONTFORT conseille de « s'efforcer » de conserver l'utérus le moins compromis. » POROCKI est partisan de l'hémi-hystérectomie lorsqu'elle est possible. Et METZGER ne dit-il pas dans son observation (obs. XV) : « On avait d'abord songé à supprimer l'utérus gravide ou l'utérus vide ». Donc, deux éventualités :

a) On supprime l'utérus qu'on vient de césariser : on évite ainsi la rupture possible de la cicatrice lors d'un accouchement ultérieur normal. Mais, l'autre hémi-utérus, praevia, peut-il être gravide ? La trompe et l'ovaire de ce côté ont-ils la même valeur que ceux du côté opposé (obs. XIX, XXI) ?

La dystocie que nous étudions ne peut se produire, nous

l'avons vu, que dans les utérus didelphes, pseudo-didelphes ou bicornes. Or, dans ces variétés, les deux héli-utérus sont équivalents quant à leur faculté de reproduction. Il semble donc que l'on puisse enlever l'héli-utérus gravide césarisé. N'oublions pas cependant de vérifier l'état de l'utérus et des annexes opposés ; autrement dit, il faut méthodiquement faire l'inventaire des organes, « lequel en somme ne portera pas tant sur la partie de l'appareil à extirper que sur la partie que l'on veut conserver. » A ce sujet l'état des annexes est à prendre en considération : n'existe-t-il pas un hématosalpinx, une salpingite du côté que l'on veut conserver ? Rappelons-nous aussi la fréquence des lésions d'ovarite scléro-kystique dans les malformations utérines !

Il faut aussi étudier soigneusement l'état du corps utérin conservable : a-t-il un développement suffisant ? a-t-il une orientation convenable ? ses parois offrent-elles une musculature qui permet de bien augurer de sa valeur ? n'y a-t-il pas un fibrome ?

b) On supprime l'utérus cause de la dystocie : c'est l'opinion que discute LEJEUNE : « Le seul point discutable est de savoir s'il faut ou non faire suivre la césarienne de l'ablation de l'héli-utérus formant tumeur praevia » ; c'est la méthode employée par MIHAILESCO (obs. XVI) et GROSSE (obs. XX) : dans ces deux cas, l'utérus praevia est pathologique — fibromateux et adhérent — et la conduite tenue nous paraît rationnelle ; cependant LE LORIER (obs. XXV) laisse un héli-utérus praevia fibromateux « plutôt que de courir le risque d'une héli-hystérectomie. »

Mais, dans cette technique, n'y a-t-il pas lieu de craindre la rupture de l'utérus césarisé, lors d'un accouchement ultérieur ?

Nous nous trouvons donc dans un cercle vicieux. En principe :

— enlever l'héli-utérus gravide césarisé si l'autre est apte à la reproduction ;

— n'enlever l'hémi-utérus vide praevia que s'il est pathologique.

D'après les antécédents obstétricaux : une hystérectomie bilatérale totale ou subtotale nous paraît une opération vraiment « radicale ». Nous ne voyons pas d'autre indication à une telle méthode que celle des cas où elle s'impose véritablement :

— grossesses dystociques alternativement dans les deux utérus, avec enfants vivants (obs. XII, XX, p. ex).

— hystérectomie dans un utérus bicorne où elle porte nécessairement sur les deux utérus.

Si l'on fait une « subtotale » on sectionnera chaque col, on l'évidera ou on le cautérisera soigneusement : il sera le plus souvent inutile de couper le tractus vésico-rectal qui ne gêne en rien.

Si l'on fait une « totale », il sera indispensable de couper le tractus vésico-rectal dont on assurera l'hémostase, si c'est nécessaire, par un sujet.

Le drainage vaginal ne diffère en rien de celui que l'on installe après l'extirpation d'un utérus normal. Lorsqu'il y a deux vagins, on fait passer un drain par chacun d'eux.

D'après STERN, on ferait une subtotale si :

— péritonisation facile,

— bonnes conditions d'asepsie ;

— bon développement des ligaments larges ;

et on ferait une totale si :

— besoin d'assurer un bon drainage ;

— brièveté des ligaments larges.

— *D'après l'état de la femme* : il y a lieu en effet d'en tenir compte. LE LORIER ne dit-il pas dans son observation (obs. XXV) « plutôt que de courir le risque ? » Chez une femme fatiguée par un travail long et difficile il vaut donc mieux s'abstenir de toute intervention complémentaire prophylactique. C'est aussi l'avis de LEJEUNE : « Pratiquement il semble qu'il faille réserver pour un deuxième temps l'opération complémentaire, car on s'expose à ce moment à des

difficultés d'hémostase importante chez une femme fatiguée. Donc quelques mois plus tard on pratiquera la deuxième intervention. »

C'est de même l'avis de LEPAGE : « Dans la plupart des observations publiées, les auteurs se sont contentés d'une césarienne conservatrice et ont remplacé les deux héli-utérus côte à côte, sans chercher à enlever l'héli-utérus cause de la dystocie actuelle et cause possible d'une dystocie future. Cette conduite peu logique en apparence se justifie par la simplicité et la bénignité relative de l'intervention, alors qu'une héli hystérectomie, pratiquée au moment du travail doit présenter des difficultés d'hémostase et de péritonisation, et entraîner à coup sûr un risque opératoire beaucoup plus grand. Les conditions idéales, en effet, pour pratiquer une hélihystérectomie, ne sont pas réalisées au terme d'une gestation ou au cours du travail : mieux vaut la pratiquer, soit en dehors de la gestation, soit au début de la gestation. COUVELAIRE en a rapporté un cas. » Nous avons vu au début de ce chapitre ce qu'il faut penser de ces interventions pendant la grossesse et nous n'y reviendrons pas. Et citons pour terminer la conclusion de LEPAGE : « Il semble donc bien que, devant une dystocie apparue au cours du travail, due à l'héli-utérus non gravide, et en l'absence de signes d'infection probable ou certaine, *la méthode de sécurité consiste à pratiquer une césarienne conservatrice, basse de préférence, sans héli-hystérectomie complémentaire.* »

Enfin, nous ne ferons que citer l'opération de STRASSMANN : malgré les beaux résultats publiés, à l'étranger (KERR, en Amérique), elle semble d'une trop grande délicatesse d'exécution pour pouvoir entrer dans la pratique ; « en outre, elle n'est applicable qu'à l'utérus bicorne ayant deux cornes égales. Elle consiste à faire l'ablation de la moitié interne de chacune des cornes, puis à réunir celles-ci par une suture antéro-postérieure, ce qui permettrait la reconstitution d'un utérus normal. » (LEJEUNE).

Quant à l'hémi-section médiane de J. L. FAURE, elle ne nous paraît pas utilisable dans de telles circonstances et n'a ici qu'un intérêt didactique.

Sans vouloir entrer dans un problème d'ordre médico-légal et social qui nous entraînerait trop loin, signalons simplement ici la question, posée par certains auteurs (MILLS), de la stérilisation de ces femmes, jeunes bien souvent.

Étudions maintenant *quelques points particuliers de cette dystocie* :

— *L'enfant meurt pendant le travail* : la vie de la femme seule est en jeu. La conduite à tenir est différente : essayer toujours de refouler la tumeur utérine, mais que cette manœuvre réussisse ou non, il nous paraît logique de toujours faire la basiotripsie ; la tentative de réduction, lorsqu'elle réussit, évite presque à coup sûr les lésions de l'hémi-utérus vide qui sont toujours possibles.

Notons cependant qu'ANDERODIAS (obs. XIV) fait une césarienne « parce qu'on ne juge pas possible l'extraction par les voies naturelles, même après basiotripsie ». L'observation de PÉRY (obs. XXIV) montre un cas identique.

Ici aussi il y a donc lieu de poser dans certains cas le problème de la césarienne.

— Nous ne ferons que citer les cas possibles où l'utérus vide est le siège d'une *hématométrie* ; nous n'avons pu retrouver une seule observation de ce fait cité par MONTFORT, et DELAS : « Des difficultés peuvent aussi survenir du côté de cet utérus vide s'il est le siège d'hématométrie. »

Dans cette éventualité, à la situation et au volume physiologiquement augmenté de cet hémi-utérus non gravide, s'ajoute l'augmentation de volume due à l'hématométrie. Si le cas se présente que faut-il faire ? L'hématométrie seule, par son volume, ne peut-elle expliquer la dystocie ?

Faut-il la ponctionner ? Ceci est discutable, car, outre

qu'elle vide mal, la ponction n'est peut-être pas très indiquée au moment du travail, de même que l'incision. Aussi pensons-nous qu'il y a lieu de faire une césarienne avec extirpation de cet héli-utérus hématométrique.

— En cas d'intervention faut-il réséquer la *bride vésico-rectale* ? METZGER le conseille fortement « il y aura intérêt à profiter de l'intervention pour la réséquer. »

Pour conclure, la thérapeutique de la dystocie par l'héli-utérus non gravide praecvia nous paraît se résumer :

I) *Pendant la grossesse* : expectative.

II) *Au voisinage du terme* : tentative de refoulement de la tumeur utérine.

III) *Au moment de l'accouchement* : Prudemment, et sous anesthésie, essayer toujours de repousser l'héli-utérus vide.

A) On réussit : laisser l'accouchement se faire normalement ou forceps.

B) On ne réussit pas : Épreuve du travail (réduction spontanée tardive) ;

a) elle réussit : = A ;

b) elle échoue : laparotomie médiane sous-ombilicale sous rachianesthésie, et essai de réduction de l'héli-utérus vide par voie abdominale :

1) on réussit : terminer l'accouchement par les voies naturelles ;

2) on ne réussit pas : césarienne basse. Dans cette éventualité, et suivant les cas, associer ou non une intervention complémentaire :

— de préférence suture des deux utérus avec ligamentopexie ;

— ou hémihystérectomie.

LE POST-PARTUM

La délivrance. — Elle présenterait certaines particularités, celles-ci proviendraient non pas de la dystocie mais de la seule malformation utérine. COUTEAU, LE BESQUE, HAMELIN citent la fréquence des *hémorragies* ; nous n'avons retrouvé ce signe que dans l'observation de BENICKE (obs. III) qui pratique une délivrance artificielle sur une telle indication. Cette tendance aux hémorragies s'expliquerait par la faiblesse de la musculature utérine (BUMM) ou pour la fatigue utérine résultant de la prolongation du travail (HAMELIN).

De même, LE BESQUE et HAMELIN retiennent comme incidents observés souvent au cours de la délivrance :

- *le décollement plus difficile du placenta* ;
- *le décollement tardif* ;
- *l'enchatonnement du placenta* ;
- l'adhérence plus forte de ce placenta, d'où *réten**tion plus fréquente* et curage digital plus difficile.

Et ces auteurs en déduisent qu'il faut faire le plus souvent une délivrance artificielle. Dans aucune de nos observations nous n'avons trouvé ces faits notés ; dans deux d'entre elles au contraire, il est même précisé (obs. VII, XXVI) que la délivrance est normale. Ceci contredirait formellement PINARD : « Il ne faut jamais confier la délivrance à la nature. » Il est évident que l'existence de la malformation utérine prédispose à toutes ces complications : c'est tout ce que l'on peut dire.

Les suites de couches. — Un phénomène domine l'étude de la délivrance, des suites de couches et des suites opératoires : il n'est pas spécial à la dystocie que nous étudions, mais seulement à la bifidité utérine : c'est *l'expulsion de la caduque de la corne non gravide*.

Nous avons vu que cette caduque peut être expulsée pendant la grossesse : c'est exceptionnel ; rarement cette expulsion a lieu en même temps que celle de la masse placentaire de l'utérus gravide, le plus souvent au contraire elle se fait deux ou trois jours après l'accouchement : TAUFFER la note dans son observation (obs. V) : « Le troisième jour des couches, expulsion de la caduque de l'hémi-utérus non occupé » et FRUHINSHOLTZ précise (obs. XXVI) : « 36 heures après l'accouchement apparaissent quelques coliques suivies de l'expulsion d'une petite masse charnue qui représente le moule de caduque d'un hémi-utérus avec une corne nettement effilée et parfaitement reconnaissable, d'une longueur totale de 10 centimètres environ. »

Il existe cependant des faits contradictoires, en apparence seulement : POROCKI (obs. IX) : « Il n'a pas été expulsé de caduque pendant les suites de couches par la corne non gravide. » Mais cet auteur ajoute dans les explications suivant son observation : « Peut-être cette expulsion avait-elle eu lieu avant son entrée à l'hôpital ? »

Mais deux faits « anatomiques » pourrait-on dire, confirment l'existence de cette caduque : FAVREAU (obs. XXI) trouve à l'intervention que « la muqueuse de cet utérus présente une caduque très épaisse », et MIHAILESCO (obs. XVI) ajoute et précise : « L'examen histologique de l'utérus hystérectomisé (le vide) montre une muqueuse modifiée, analogue à celle d'un utérus gravide avec caduque... »

Quels sont les *caractères de cette caduque* ? C'est une masse épaisse, brunâtre, ovoïde, du volume d'un œuf de pigeon à un œuf de poule, prenant l'allure d'un moulage de la cavité utérine, masse provenant de la prolifération de la muqueuse

de l'utérus non gravide : accroissement considérable qui présente toutes les modifications de la caduque. Cette masse est composée d'une véritable membrane tomenteuse, blanchâtre ou gris rosé, molle et friable, très épaisse (jusqu'à 6 millimètres), se dépliant facilement dans l'eau et en général facile à détacher de l'utérus ; il s'agit parfois de véritables masses lobulées formant en certains points de véritables îlots.

Les coupes observées au microscope, après coloration montrent de grandes cavités anastomosées en réseau, à parois minces, bordées de cellules endothéliales et remplies plus ou moins par du sang. Nettement, ce sont des lacs sanguins. Ces cavités sont séparées par des travées pleines, formées de tissu conjonctif lâche, à fines brindilles, parcouru par des vaisseaux capillaires. Ce tissu est rempli de cellules déciduales volumineuses, allongées, présentant des prolongements et contenant un gros noyau ovoïde. Dans le tissu conjonctif on observe une assez grande quantité de leucocytes. Ce sont là des caractères suffisamment nets d'une véritable caduque. »

En règle générale, l'expulsion de cette caduque s'effectue spontanément et sans accident (FOURNIER). Cependant « un danger peut survenir du fait de cette caduque : rétention totale ou partielle » (BOUSCARLE). Et ce danger nous apparaît bien plus grand en cas de dystocie, car « la fréquence des dystocies prédispose à l'infection » (LAURENT). A fortiori lorsque la forme (rétroversion) et le siège de l'hémi-utérus, sont la cause de cette dystocie. Et il semble bien qu'il ne s'agit pas là d'une « vue de l'esprit », mais d'une constatation clinique : HOLZAPFEL ne dit-il pas en effet dans son observation (obs. VI) : « La délivrance terminée, on fit l'extraction manuelle de la caduque de l'utérus vide pour éviter la fièvre durant les suites de couches, comme on l'a observé dans les cas antérieurs où on l'avait laissée. » ? Et ce fait est noté par FOURNIER (obs. XVII) : « Quelques jours après l'accouche-

ment, extraction à la pince d'une caduque provenant de l'utérus non gravide, caduque dont la rétention provoquait des douleurs et des poussées de température. »

On peut donc craindre une rétention de débris placentaires de l'hémi-utérus vide et *les phénomènes infectieux* qui en découlent.

En cas de dystocie par hémi-utérus vide, les phénomènes infectieux des suites de couches tiennent donc à trois facteurs :

a) la dystocie elle-même agissant comme toutes les dystocies : cause prédisposante à l'infection ;

b) la dystocie particulière ici : la situation de l'hémi-utérus vide (fréquemment en rétroversion) cause de la rétention.

c) la caduque de l'hémi-utérus non gravide : sa rétention fréquente semble être un phénomène important.

Dans quatre de nos observations où l'accouchement s'est terminé par les voies naturelles, nous trouvons :

OBS. VI : Les « suites de couches furent normales ».

OBS. VII : « Légères rétentions lochiales ».

OBS. XIX : « Légère cystite ».

OBS. XXVI : « Abscess multiples des seins, puis véritable septicémie à staphylocoques. Guérison au bout de trois mois. »

Enfin, un point particulier qu'il nous faut signaler est la *lenteur de l'involution utérine* : elle porte à la fois sur l'hémi-utérus gravide ! (p. ex. obs. XVIII, et obs. IX : « L'utérus césarisé remontait à quatre travers de doigt au dessus du pubis le trentième jour après l'intervention. » et sur l'hémi-utérus vide aussi, semble-t-il (obs. III).

On peut donc dire, en résumé, que les suites de couches sont fréquemment troublées ; on observe le plus souvent :

— un phénomène « mécanique » : la rétention lochiale tenant à l'existence d'une caduque dans l'hémi-utérus non gravide et surtout à la rétro-version de celui-ci en général ;

— des phénomènes infectieux, localisés ou généralisés, assez rares cependant, dus à la dystocie par elle-même (1).

Les suites opératoires. — Nous allons étudier à présent ce nouveau chapitre, qui intéresse plus spécialement la dystocie par l'hémi-utérus non gravide praevia : nos observations montrent en effet que la césarienne est plus fréquemment pratiquée actuellement qu'autrefois où l'accouchement par les voies naturelles était la règle.

Rappelons qu'il est classique de citer comme complications post-opératoires de toute césarienne :

- le choc ;
- les hémorragies secondaires ;
- l'occlusion intestinale ;
- l'infection (JEANNIN).

Dans aucune de nos observations nous ne trouvons les trois premiers de ces accidents. *A priori* nous pouvons donc dire que le choc, les hémorragies secondaires, l'occlusion intestinale ne sont pas plus graves que dans une césarienne faite sur une autre indication. C'est d'ailleurs l'opinion de DODOZ : « Les suites opératoires sont celles d'un utérus simple » et HERBELIN : « Les suites opératoires seront les mêmes. » Mais nous pensons qu'il n'en est pas de même en ce qui concerne *l'infection* : c'est le danger qui domine le pronostic de l'intervention, d'autant plus que la malformation utérine elle-même et le siège de l'hémi-utérus vide accroissent ce danger. Si l'on ajoute que le plus souvent la césarienne est retardée, entreprise à une période avancée du travail (obs. IX

(1) *Quelle conduite faut-il donc tenir vis-à-vis de la caduque de l'hémi-utérus vide ?*

En cas d'hystérectomie de cet hémi-utérus la question est tranchée ! Mais dans tous les autres cas faut-il attendre l'expulsion de cette caduque ou celle-ci doit-elle être enlevée à la pince, comme le recommandent certains auteurs (FOURNIER) Cette deuxième méthode paraît recommandable : on évite ainsi les phénomènes infectieux possibles du fait de la rétention de cette caduque.

LECLERC recommande « dans un but prophylactique, afin d'éviter l'infection possible consécutive à la rétention de la caduque de l'utérus non gravide, « de faire le curage digital de sa cavité suivi d'une abondante injection intra-utérine antiseptique. »

et X), avec des membranes rompues (obs. XX, XVI), après des touchers multiples, des essais de refoulement et parfois même des tentatives d'intervention, on comprendra facilement les raisons qui font craindre l'infection et limiter la thérapeutique.

MIHAILESCO le dit d'ailleurs dans les commentaires suivant son observation (obs. XVI) : « ...mettre la vie de la parturiente en danger par une opération césarienne exécutée dans des conditions peu favorables et sous pronostic réservé. »

Cette infection peut d'ailleurs revêtir une multitude de formes, tantôt locales, tantôt générales, et de gravité variable. Et à côté de cas où les suites opératoires ont été absolument sans aucun incident (obs. XIII, XVI, XVIII, XXI, XXIV, XXV), il en est d'autres où l'infection a assombri le pronostic, pouvant aller depuis la suppuration d'une anse de catgut profonde avec fistule utéro-pariétale (obs. IX) ou abcès récidivant cataménial au niveau de la cicatrice (obs. XV) jusqu'à la mort avec ballonnement, température à 39°, dyspnée, cyanose (obs. XXIII), en passant par des intermédiaires tels que : phénomènes pulmonaires sans conséquence (obs. XXII), légère phlébite guérie sans incidents (obs. XX), phénomènes péritonéaux disparaissant rapidement (obs. XIV), endométrite survenant vers le quinzième jour et s'arrangeant ensuite (obs. XI).

La malformation génitale peut expliquer dans une certaine mesure les phénomènes locaux (fistule, abcès, endométrite, phénomènes péritonéaux), favorisés sans doute aussi par la situation de l'hémi-utérus vide : cela se comprend facilement. Pour le reste, il semble que les causes prédisposantes, locales et générales, soient les mêmes que pour toute césarienne : on comprend encore mieux ainsi la nécessité d'employer la césarienne basse.

Le diagnostic rétrospectif. — Dans nos observations un point a retenu notre attention : certains auteurs (BENICKE

HOLZAPFEL, MIHAILESCO, METZGER, FRUHINSHOLZ), ont essayé, soit aussitôt après l'accouchement, soit ultérieurement, de préciser la malformation utérine.

Il nous semble y avoir là un souci louable de recherche approfondie de la bfidité utérine : l'intérêt est à la fois théorique et pratique. Plusieurs procédés pourront être employés, isolément ou simultanément :

— *L'examen au speculum* pourra montrer un raphé médian situé soit sur la cloison antérieure, soit sur la cloison postérieure ; ce raphé a pu passer inaperçu au toucher vaginal. On peut mettre une valve dans chaque vagin s'il existe une cloison, et voir alors à la fois les deux cols et les deux vagins.

— *L'hystérométrie* donnera des renseignements très précieux :

a) Utérus double à cols fusionnés : on introduit à plusieurs reprises l'hystéromètre ; revenant sur ses pas, on fait varier sa direction et on le verra s'enfoncer plus ou moins obliquement à droite ou à gauche à des profondeurs inégales (obs. III) ; quelquefois il butera contre la paroi commune aux deux utérus. « Ce signe est évidemment probant, mais en réalité il est purement théorique. »

b) Utérus double à cols accolés : deux sondes introduites dans les orifices cervicaux divergent, et leurs segments extra-utérins se croisent.

Comme on le voit, les renseignements fournis par l'hystérométrie sont très intéressants.

Malheureusement, dans un très grand nombre de cas, l'introduction de l'hystéromètre est très difficile ou même impossible. Cela tient sans doute — et la valeur diagnostique et pronostique de ce signe n'est pas à dédaigner — à l'inclinaison marquée d'un des deux hémi-utérus : celui-ci pourra être cause de dystocie [Peut-être pourrait-on alors essayer cette hystérométrie sous anesthésie générale].

— *L'endoscopie utérine* : on pourrait y avoir recours

(DAVID) après légère dilatation du col aux bougies de Hegar. Aucun danger ne résulterait d'une telle manœuvre. Mais ce n'est pas une méthode de technique courante.

— *Le radiodiagnostic* serait d'un précieux secours. Après injection d'une substance opaque — telle que le lipiodol —, selon la technique si bien décrite par Claude BÉCLÈRE, on perçoit très nettement les deux cavités utérines. On peut enfin se rendre compte ainsi de la perméabilité tubaire, car il est important de noter (comme nous l'avons vu) qu'une malformation utérine est rarement isolée d'ans l'appareil génital et qu'elle s'accompagne généralement d'autres malformations tubaires, ovariennes. Cet examen au lipiodol est bénin si l'instillation est faite sans pression.

Si BORINSKY (obs. II) avait connu ces moyens d'investigation, sans doute aurait-il rapporté à sa cause la dystocie qu'il a observée et aurait-il fait le diagnostic avant l'autopsie. De même, MILLS (obs. XIX) n'aurait pas eu besoin d'une appendicectomie pour confirmer son diagnostic !

En outre l'endoscopie utérine et le radiodiagnostic nous renseignent : la première sur la variété d'utérus double, le second sur la valeur fonctionnelle de chacun des deux hémioutérus ; on conçoit tout l'intérêt de ces recherches pour une intervention complémentaire ultérieure possible !

L'AVENIR OBSTÉTRICAL

Nous avons déjà « effleuré » cette question au chapitre « thérapeutique ». Nous y revenons, car il est facile d'en comprendre tout l'intérêt pronostic.

Il n'est pas du cadre de notre sujet d'étudier l'avenir obstétrical éloigné du fait de la présence d'une malformation utérine. Nous envisagerons uniquement, en cas de nouvelle gestation, les conséquences pour la femme de cet accouchement dystocique.

Il y a tout lieu de penser en effet que ces femmes, en pleine période d'activité génitale, redeviendront enceintes (POROCKI [obs. IX], JONES [obs. XIII]) : nous en avons d'ailleurs des exemples dans nos observations (obs. I, XI, XII, XVIII, XXIV).

Nous avons donc à examiner les *éventualités qui pourront se présenter lors des accouchements ultérieurs et la conduite qu'il conviendra d'adopter*. La grossesse est menée à terme : que va-t-il se passer au moment de l'accouchement ?

Disons tout de suite qu'à un accouchement avec dystocie par héli-utérus non grévide peuvent succéder des accouchements normaux ou des accouchements avec dystocie de même ordre ; nous ne nous occuperons pas non plus ici des autres dystocies.

Il est évident que la thérapeutique employée lors du premier accouchement dystocique va dominer toute cette ques-

tion. Il nous paraît donc nécessaire de distinguer deux cas :

a) l'accouchement dystocique s'est terminé par les voies naturelles ou par césarienne conservatrice.

b) une intervention complémentaire a été pratiquée.

I) UNE INTERVENTION COMPLÉMENTAIRE A ÉTÉ PRATiquÉE

La stérilité succède évidemment à *la ligature des trompes*, à leur résection ainsi qu'à l'hystérectomie bilatérale totale ou subtotale : la femme ne peut donc pas redevenir enceinte, et ceci ne nous intéresse pas.

La ligamentopexie après solidarisation des deux utérus permet des grossesses ultérieures normales : la dystocie ne peut se reproduire, l'avenir obstétrical dépend du siège de la gravidité. Celle-ci se trouve-t-elle dans l'hémi-utérus césarisé ? Le pronostic est celui de toute césarienne itérative : la rupture est à craindre, la césarienne prophylactique est à envisager. Encore faut-il tenir compte de la variété de césarienne pratiquée la première fois !

La ligature de la trompe de l'hémi-utérus césarisé empêche la grossesse dans cet hémi-utérus et par conséquent, met à l'abri de la rupture de la cicatrice ; mais elle n'empêche pas la dystocie de pouvoir se reproduire.

L'hémi-hystérectomie permet à la femme de redevenir enceinte. « Le fait ne paraît pas douteux, dit STERN (1911), mais nous n'avons pu en trouver aucune observation dans la littérature médicale. » Actuellement on connaît de tels faits, et on peut répondre par l'affirmative. « Ces gestations successives paraissent survenir aussi bien dans les cas où on a procédé à l'ablation d'un hémi-utérus à l'occasion d'une dystocie (RICHE) que dans les cas où on a conservé les deux hémi-utérus (PERY). » (LEPAGE). PETIT-DUTAILLIS, entre autres, a pratiqué deux hémi-hystérectomies subtotaux suivies de grossesse à terme (MONTFORT).

Cette hémi-hystérectomie empêche une dystocie nouvelle, mais entraîne, nous l'avons déjà vu :

a) utérus césarisé enlevé : possibilité d'une grossesse et d'un accouchement normaux dans l'autre hémi-utérus.

b) utérus vide praevia enlevé : l'avenir obstétrical-normal au point de vue fécondation — devient de pronostic réservé : l'utérus césarisé est en effet le siège de la grossesse : il faut craindre la rupture de la cicatrice ; le pronostic est celui de toute grossesse dans un utérus antérieurement césarisé : nous savons, à ce sujet, le gros avantage que présente la césarienne basse ; la césarienne prophylactique est discutée, mais formelle pour METZGER.

II) L'ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE S'EST TERMINÉ PAR LES VOIES NATURELLES OU PAR CÉSARIENNE CONSERVATRICE

La dystocie peut évidemment se reproduire, et nous savons qu'il n'est pas possible de prévoir si elle se produira ou ne se produira pas : nous avons étudié ce point dans un chapitre antérieur.

Mais lorsqu'une césarienne conservatrice a été faite, deux hypothèses sont à examiner, suivant qu'il y a ou non obstacle mécanique causé par une dystocie semblable à la première. Nous ne pouvons que reprendre ici l'exposé magistral de cette question fait par POTOCKI.

A) Première hypothèse : l'hémi-utérus inhabité praevia irréductible s'oppose à l'accouchement.

Deux alternatives :

a) l'hémi-utérus gravide est l'hémi-utérus déjà césarisé. BÉGOUIN et ANDERODIAS disent : « Nous pensons qu'un hémi-utérus ayant subi une césarienne et par conséquent

suturé peut devenir pour une grossesse ultérieure la cause d'une rupture beaucoup plus facilement qu'un utérus normal dont les directions transversales seraient conservées. »

Dans ces conditions l'indication d'une césarienne itérative, faite tout au début du travail ou même avant le travail, se posera d'une façon formelle. Mais il faudra faire plus et procéder à l'ablation de cet héli-utérus, car il ne serait pas de bonne pratique de laisser cet héli-utérus deux fois suturé, à parois minces, courir les risques d'une troisième gestation. L'héli-utérus laissé en place aura toute possibilité de devenir grévde à son tour et de mener à terme une gestation normale.

b) *l'héli-utérus grévde est l'héli-utérus non césarisé antérieurement* (p. ex. : obs. XII, XVIII, XIX). L'indication est de pratiquer la section césarienne de l'utérus grévde et de le suturer. On sera donc, pour cette gestation dans les mêmes conditions que pour la première. Mais la femme resterait à la suite de cette deuxième césarienne avec deux utérus munis chacun d'une cicatrice. On peut donc se poser la question de savoir s'il ne vaudrait pas mieux pratiquer l'amputation de cet héli-utérus grévde, et même l'hystérectomie totale. « A mon avis, dit Potocki, il convient de répondre à cette question par la négative. »

B. — Deuxième hypothèse : la corne utérine (ou l'héli-utérus) inhabitée ne cause pas de dystocie, soit parce qu'elle est restée accolée le long de l'héli-utérus parturient, soit qu'étant rétroversée elle a pu être réduite et ramenée au-dessus du détroit supérieur.

a) *l'utérus parturient est celui qui n'a pas encore été grévde*. Il n'y a qu'à abandonner l'accouchement à lui-même et il se terminera sans plus de dommage pour la mère ni pour l'enfant qu'un accouchement ordinaire.

Mais il est évident que, dans le cas particulier, il serait de toute nécessité pour le médecin qui suivra la malade lors

de cet accouchement de savoir qu'elle a déjà subi une césarienne, et de quel côté, car même après avoir fait le diagnostic de malformation utérine, il lui serait impossible de déterminer quelle corne utérine a été incisée, et par conséquent de savoir si l'utérus actuellement gravide n'est pas celui qui a déjà été césarisé.

b) *Si c'est l'utérus déjà suturé qui redevient gravide*, la conduite à tenir peut prêter à discussion, puisqu'on se trouve en présence d'un utérus antérieurement césarisé, c'est vrai, mais césarisé pour un obstacle qui n'existe plus. Devra-t-on laisser aller le travail et se contenter de le surveiller de très près ? Nous pensons qu'ici au contraire l'expectative serait pleine de danger, étant donnée l'hypoplasie fréquente de la paroi utérine et d'autre part la minceur de la cicatrice qui en est la conséquence et dont il faudrait craindre la rupture.

Il nous semble donc qu'il sera non seulement indiqué d'opter pour une césarienne itérative, mais encore sage de la pratiquer avant tout début de travail.

L'avenir obstétrical des femmes ayant présenté une dystocie par hemi-utérus non gravide praevia dépend donc essentiellement :

— du mode de terminaison de cet accouchement dystocique et, le cas échéant, de l'intervention pratiquée.

— du siège des grossesses ultérieures et des conditions de l'accouchement (dystocie de même ordre, ou non).

Il n'est donc pas possible de donner une règle générale : il faut tenir compte de ces facteurs principaux, dont l'association permet de nombreuses possibilités que nous venons d'envisager.

Rappelons deux faits qui ont leur intérêt :

— les difficultés rencontrées au cours des césariennes basses itératives apparaissent comme n'étant qu'exceptionnellement graves (HENRIOT).

— « l'antique adage » : « Une césarienne, toujours césarienne ».

rienne » est faux pour la dystocie que nous venons d'étudier : une femme qui a été césarisée pour dystocie par héli-utérus non gravide praevia ne l'est pas obligatoirement à nouveau à ses grossesses ultérieures : la curieuse observation de PÉRY (obs. XXIV, 2^e grossesse) en fait foi.

CONCLUSIONS

1) La véritable et *grave* complication *particulière* à l'accouchement dans les utérus doubles (didelphes, pseudo-didelphes et bicornes) est la dystocie *maternelle* et *mécanique* due à l'obstacle « praevia » formé par l'hémi-utérus non gravide, qui n'est pas remonté pendant la grossesse comme normalement ; cette dystocie est *rare* et de *connaissance relativement récente*.

2) Les signes de *la grossesse* sont en principe les mêmes que ceux d'une grossesse normale ; à l'interrogatoire on retrouve parfois des anomalies (antécédents obstétricaux, troubles du coït ou de la menstruation, expulsion de caduque) ; l'examen peut révéler certaines particularités (développement latéral et en hauteur du ventre, déviation latérale de l'utérus gravide, position verticale du ligament rond) ; au toucher vaginal on découvre la tumeur formée par l'hémi-utérus vide et parfois une malformation cervicale ou vaginale.

Le diagnostic — difficile parce qu'on ne pense pas à la malformation — dépend des résultats du T. V. : les erreurs les plus fréquemment commises sont de prendre l'hémi-utérus vide pour un fibrome, un kyste de l'ovaire praevia, une annexite ancienne prolabée et fixée dans le Douglas, ou pour un utérus normal avec grossesse extra-utérine.

Il résulte de cette difficulté du diagnostic et de l'absence de

tout signe de valeur qu'il est *pratiquement impossible de prévoir cette dystocie* : on connaît son existence, on doit la redouter, mais on ne sait pas si elle se produira ou ne se produira pas ; a-t-elle lieu ? on fait généralement le diagnostic de dystocie par tumeur praevia, mais on n'en connaît pas la cause.

3) Cette *dystocie* se caractérise essentiellement par : l'engagement qui se fait mal ou même — et le plus souvent — ne se fait pas ; l'hémi-utérus vide en est cause par : son volume (d'un poing en moyenne), sa consistance ferme, son immobilité, son siège (tantôt au D. S., tantôt dans l'excavation, soit en avant, soit — et généralement — en arrière de l'utérus gravide et plus ou moins latéralement par rapport à lui), sa position (rétroversion fréquente) ; il agit en faisant coin ou taquet ; il peut cependant remonter spontanément et tardivement.

En outre, la mauvaise qualité du muscle utérin entraîne des contractions faibles et irrégulières ; la dilatation est lente ou nulle ; donc, prolongation du travail et inertie ou possibilité de rupture utérine.

Il en résulte la mobilité, la situation élevée de la présentation (siège dans 50 % des cas) et sa tendance à fuir vers l'une des fosses iliaques.

La terminaison par les voies naturelles est rare et extrêmement dangereuse pour l'enfant : pratiquement elle ne doit être envisagée qu'en cas de dystocie « momentanée ». Pour les cas de dystocie proprement dite, les bons résultats — pour la mère et pour l'enfant — militent en faveur de la césarienne.

4) *La thérapeutique* peut se résumer ainsi :

- pendant la grossesse : expectative
- près du terme : essayer de refouler l'hémi-utérus vide.
- au moment de l'accouchement :

Sous anesthésie, essayer prudemment de repousser au-dessus du D. S. l'hémi-utérus vide. Deux éventualités :

A) On réussit : siège : laisser l'accouchement à lui-même, tête : laisser l'accouchement ou forceps.

B) On ne réussit pas : épreuve du travail (réduction spontanée tardive).

Si cette épreuve est négative — et elle l'est le plus souvent : laparotomie médiane sous-ombilicale sous raché-anesthésie si possible : essayer alors de désenclaver par voie abdominale l'hémi-utérus vide et si l'on y parvient, terminer l'accouchement par les voies naturelles si la dilatation est complète ; si l'on n'y parvient pas — ce qui a lieu généralement — aller franchement vers la césarienne basse, conservatrice ou associée à :

— la suture des deux hémi-utérus avec ligamentopexie.

— l'hémi-hystérectomie de l'utérus césarisé en principe, si l'autre n'est pas pathologique et s'il est apte à la reproduction.

5) En cas d'accouchement par les voies naturelles, *la délivrance* ne présente pas d'autres inconvénients que ceux attribués à la seule malformation. Les *suites de couches* présenteraient souvent des phénomènes infectieux.

En cas d'intervention, *les suites opératoires* sont celles de toute césarienne, mais l'infection est plus à redouter, car elle est favorisée par la disposition anatomique et l'opération souvent tardive.

6) *L'avenir obstétrical* résultant de cette dystocie dépend de la thérapeutique mise en œuvre ; pour un accouchement ultérieur en effet :

— si une intervention complémentaire a été faite, l'avenir est fonction de celle-ci ;

— si l'accouchement dystocique s'est terminé par les voies naturelles, la reproduction de la dystocie est possible ;

— si l'accouchement dystocique s'est terminé par césarienne conservatrice :

A) L'hémi-utérus inhabité *prævia* irréductible s'oppose à nouveau à l'accouchement :

a) l'hémi-utérus gravide est l'hémi-utérus déjà césarisé : césarienne avant tout travail avec hémi-hystérectomie de cet hémi-utérus.

b) l'hémi-utérus gravide est l'hémi-utérus non césarisé : césarienne.

B) L'hémi-utérus inhabité ne cause pas de dystocie :

a) l'utérus parturient est celui qui n'a pas encore été gravide : abandonner l'accouchement à lui-même.

b) l'utérus déjà suturé est gravide : malgré une césarienne — même basse — antérieure, craindre la rupture de la cicatrice : césarienne de préférence, avant tout début de travail.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY

VU : *Le Président de Thèse;*
COUVELAIRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ADEODATO. — Uterus double (*Gynécologie et Obstétrique* 1925, tome II, p. 369).
- ALARY. — Les utérus didelphes (*Société Anatomique*, 19 juillet 1919).
- ANDERODIAS et DENIS. — Obs : Uterus double. La corne non gravide formant tumeur praevia est prise pour un fibrome. Césarienne (*Maternité de Bordeaux*, 1926) (*in* : Delas, *thèse de Bordeaux*, 1927).
- ANDERODIAS. — L'opération césarienne basse ; ses indications, ses résultats (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. XLIX, n° 16, 15 avril 1928).
- BALARD. — Obs. : Uterus didelphe. Au cours d'un premier accouchement corne non gravide praevia prise pour un fibrome. Diagnostic exact fait avant une deuxième grossesse. Césarienne (*Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux*, 1927).
- BALARD ET MAHON. — La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale (*Marseille Médical*, 5 août 1928).
- BAR, BRINDEAU ET CHAMBRELENT. — La pratique de l'Art des accouchements (1914).
- BAUDELLOCQUE. — L'art des accouchements.
- BÉASSE. — « Contribution à l'étude des malformations congénitales chez la femme, et en particulier de l'utérus et du vagin double » (*Thèse de Paris*, 1903-1904).
- BENICKE. — Obs. : Accouchement dans un cas d'utérus et de vagin double (*Zeits. für Geb. und Gyn.*, p. 366, 1877).
- BERNARDBEIG. — Les utérus didelphes (*obstétrique et gynécologie*, Paris, mars 1934).
- BERTLICK. — Schwangerschafts-und Geburtsstörungen bei Missbildung des Uterus (*Thèse Heidelberg*, 1913).

- BIZARD ET LAMBRET. — Hématométrie unilatérale dans un utérus double (*Echo médical du Nord*, 36, 304-306, 25 juin 1932).
- BLACKBURN. — Uterus didelphys, report of a case with some postoperative operations (*Southern M. J. Birmingham*, 1924, XVII, p. 684).
- BLANCHARD. — « Étude des utérus didelphes » (*Thèse de Lyon*, 1907-1908).
- BLANCHART. — « Étude sur les utérus didelphes à corps indépendants sans hématométrie. » (*Thèse de Paris*, 1910).
- BOURRUS. — « Études sur les formes anormales de l'utérus gravide. Leur influence sur la grossesse, l'accouchement et la délivrance. » (*Thèse de Bordeaux*, 1890-1891).
- BORINSKY. — Obs. (*in Arch. f. Gyn.*, 1876).
- BOUSCARLE. — « Des utérus doubles au point de vue obstétrical » (*Thèse de Paris*, 1924, n° 71).
- BOUFFE de SAINT-BLAISE ET COUVELAIRE. — Grossesse dans un utérus didelphe. Expulsion de caduque de l'autre utérus au cinquième mois et continuation de la grossesse (*Soc. d'obst., gynéc., pédiatrie*, 1906, p. 137).
— Grossesse et utérus didelphe (*Annales de gynécologie*, 1906, p. 393).
- BOUSQUET. — « Grossesse et accouchement dans l'utérus didelphe. » (*Thèse de Montpellier*, 1904).
- BRAUHA. — Contribution à l'étude des malformations doubles de l'utérus (*Scalpel*, Liège 1910-11).
- BRINDEAU. — Accouchement et utérus didelphe (*Société d'obstétrique et gynécologie*, Paris, juin 1913).
- BRINDEAU ET CANGONNE. — Technique de la césarienne basse (indications, résultats). (*Le Journal Médical Français*, n° 1, janvier 1920, p. 3).
- BUMM. — Précis d'obstétrique. Maloine édit., 1935.
- CAPLAIN. — « A propos d'un cas de grossesse dans un utérus didelphe. » (*Thèse de Paris*, 1926).
- CHAMPEIL. — « Quelques cas de malformations congénitales du vagin. » (*Thèse de Montpellier*, 1919).
- CHAMPY ET LÉVY-SOLAL. — Utérus double, accouchement, expulsion d'une caduque par le corps utérin non gravide (*Bulletins et Mémoires. Société Anatomique de Paris*, 1925, XCV, 34).
- CHATILLON (F.). — Grossesse et accouchement dans les utérus doubles (*Revue française de gyn. et d'obst.*, 23, 86-95, février 1928).
- CHÉRON. — L'obstétrique, 1897.
— L'utérus didelphe dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement (*Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 1897).
- COCHEZ. — Utérus double et hématométrie (*Soc. française de gynécologie*, mars 1933).

- COHN. — La grossesse dans l'utérus bicorné unicervical (*Revue de gynécologie*, 1909).
- COMMANDEUR. — La pratique de l'art des accouchements (*in Brindeau*, 1927).
- CONDORELLI FRANCAVIGLIA. — (*In Giornale Italiano delle malattie veneree e delle pelle*, p. 426, 1889.)
- COTTE. — *Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme* (Masson et C^{ie} édit. 1928).
- COURTOIS. — *Gazette des Hôpitaux*, avril 1936.
- COUVELAIRE. — Ablation d'un héli-utérus au 3^e mois d'une gestation de l'autre héli-utérus (*Bulletin de la Société d'obst. et gynéc.*, p. 198, 1928).
- DAFFIX. — « Contribution à l'étude de l'utérus didelphe. » (*Thèse de Toulouse*, 1898).
- DAVID. — « L'endoscopie utérine » (*Thèse de Paris*, 1907-1908).
- DE BATZ. — (*Thèse de Bordeaux*, 1926).
- DELAS. — « Contribution à l'étude de l'utérus double dans ses rapports avec la puerpéralité » (*Thèse de Bordeaux*, 1926-1927).
- DELPIANO. — « Contribution à l'étude des différentes malformations utérines » (*Thèse de Paris*, 1899).
- DEMLIN DEVRAIGNE. — *Manuel de l'accoucheur* (Doin, édit.).
- DEVRAIGNE. — Obs. : Dystocie par l'héli-utérus non gravide (obs. 1820-1931 citée par Lepage : *La Médecine*, avril 1935).
- DEVRAIGNE, SEGUY et LAENNEC. — Indications actuelles de la césarienne basse (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, p. 407, juin 1929).
- DIAZ, GARCIA. — Double uterus and vagina with gestation and labor on both sides ; report of case encountered in Porto-Rico (*Bol. Assoc. Med. de Puerto-Rico*, 449-452. déc. 1931).
- DODOZ. — « L'utérus double unicervical sans hématométrie » (*Thèse de Bordeaux*, 1919-1920).
- DOS SANTOS. — Obs. : Malformation de l'utérus (*Zeits. f. Geb. und Gyn.*, p. 169, 1888).
- DUBREUIL CHAMBARDEL. — De la duplicité du canal vaginal de la femme (*Tours*, 1906)
- Les variations utéro-vaginales par cloisonnement longitudinal (*Annales de Méd. et de Chirurgie*, I, 111-116, 1927-1928).
- DUBRISAY et JEANNIN. — *Précis d'accouchement* (Lamarre édit.).
- DUVERGEY. — Rachianesthésie (*Journal de Méd. de Bordeaux*, t. L, p. 323, 1921).
- EYMER. — Zur Symptomatologie und Therapie des sogenannten Uterus duplex (*Centralb. f. Gyn.*, Leipzig, XLVII, 32, 1281, 1923).
- FABRE. — *Précis d'obstétrique* (Ballières et fils, édit.).

- FARGES. — « Contribution à l'étude de la dystocie dans les cas de malformations utérines » (*Thèse de Paris*, 1881).
- FAYREAU et KLEIN. — Obs. : Utérus bicorne vrai ; corne praevia dystocique ; désenclavement et ablation par voie haute ; accouchement par voie basse (*Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie*, p. 341, 1931).
- FITZPATRICK. — Obs. : Successive pregnancies in each member on a didelphic uterus with cesarean delivery in each case on account of dystocie caused by retroversion of the non pregnant uterus (*West Med. Rev. Omaha*, 1924, XXIX, 227, et *J. Ann. Inst. Homoeop. Chicago*, 1924, XVII).
- FOURNIÉ. — « Contribution au diagnostic de l'utérus didelphe au cours de la puerpéralité » (*Thèse de Paris*, 1929).
- FOURNIER. — Obs. : Utérus didelphe ; dystocie praevia par la corne non gravide, césarienne conservatrice (*Bulletin de la Société d'obst. et gynéc.*, Toulouse, février 1928).
- FRÜHNSHOLZ, LOUYET, LECLERC. — Obs. : Utérus dedoublés à corps et à col unique (*Bulletin de la Société d'obst. et gyn.*, obs. n° 4, 1935).
- GAULARD et BUÉ. — *Accouchements*.
- GAUTRELET. — « Contribution à l'étude de l'accouchement dans les malformations utérines » (*Thèse de Paris*, 1895-1896).
- GHEORGIU. — La rachianesthésie en obstétrique et en gynécologie. (Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier. IV, 1929).
- GOUILLAUD. — Les utérus didelphes et autres malformations (*Lyon Chirurgical*, juin 1912).
- Du traitement des malformations utérines justiciables de la laparotomie (*Annales de gynécologie et d'obst.*, 1912).
- GROSS. — « Hematométrie et hémato-colpos dans les cas de duplicité du canal vaginal » (*Thèse de Nancy*. 1900).
- GROSSE. — Obs. : (*in Thèse de Montfort*, obs. I, Paris, 1931).
- GUÉRIN VALMALE. — Evolution de la puerpéralité dans l'utérus didelphe (*L'Obstétrique*, 1904, p. 209).
- GUILLEMINET et MICHON. — Etude clinique et thérapeutique des utérus doubles (*Gynécologie et Obstétrique*, 1924).
- GUIROY (A. J.). — Los uteros dobles desde el punto de vista obstetrico (*Semana Med. Buenos-Aires*, 1927, II, p. 751-758).
- HAMANT et BODART. — Les indications chirurgicales dans les utérus doubles (*Revue méd. de l'Est*, t. LXI, n° 4, février 1933).
- HAMELIN. — « Contribution à l'étude de la parturition dans les utérus malformés » (*Thèse de Paris*, 1935).
- HEUZE. — Malformations utérines (*Presse médicale*, janvier 1914).
- HERBELIN. — « Contribution à l'étude des utérus didelphes » (*Thèse de Paris*, 1924).

- HOLZAPFEL. — Obs. : Rétroflexion de la corne non gravide d'un utérus didelphe comme cause de dystocie (*Zentralb. f. Gyn.*, p. 873, 1893).
- HUÉ. — Sur l'utérus didelphe ou mieux, l'utérus double avec double vagin (*Normandie Médicale*, Rouen, 1924, XXXV, 80).
- HUGUET Y LOPEZ. — Embarazo y parto en uteros dobles (*Rev. de Med. y Cir. de la Habana*. 38 : 243-248, Avril 1933).
- JEANNIN. — De l'obstruction pelvienne par tumeur au cours de l'accouchement (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, VI, 1924).
- JONES (A. T.). — Obs. : Bicornate uterus with pregnancy. Cesarean section (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, 1925).
- JOUSSIM. — « Contribution à l'étude des malformations génitales de la femme. Utérus didelphes et pseudo-didelphes pathologiques en dehors de l'hématométrie. » (*Thèse de Lyon*, 1923-1924).
- KELLER. — Les indications de la césarienne basse (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1931).
- KERR. — Chirurgie de l'utérus bicorne (*Proc. of the Royal Soc. of med. — Sect. obst. gyn.*, t. XIV, p. 190).
- KRAUSSE. — « L'utérus didelphe chez la femme. » (*Thèse de Strasbourg*, 1909).
- KUSSMAUL. — Von dem Mangel, Verkümmerng und Verdoppelung der Gebärmutter (Wurtzbourg, 1859).
- LABRY et LYONNET. — Résultats éloignés d'une opération conservatrice pour utérus double bicorne unicervical ; grossesse et accouchement normaux (*Bulletin de la Soc. d'obst. et gyn.*, 21, 236-237, mars 1932).
- LASCANO. — Diagnostic clinique des utérus doubles (*Revista Argentina de Obstetricia y Ginecologia*, Buenos-Ayres, janvier 1921).
- LAURENT. — « Utérus bicorne unicervical. Etude anatomo-clinique » (*Thèse de Montpellier*, 1912-1913).
- LE BEC. — Utérus didelphes (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904).
- LE BESQUE. — « De la délivrance dans les malformations utérines » (*Thèse de Paris*, 1911-1912).
- LECLERC. — « Dédoublément complet de l'appareil génital dans ses rapports avec la puerpéralité » (*Thèse de Nancy*, 1935).
- LE FORT. — Les vices de conformation de l'utérus et du vagin. (*Thèse d'agrégation*. Paris, 1863).
- LEJEUNE. — *Encyclopédie médico-chirurgicale* (Malf. de l'utérus).
- LE LORIER. — Obs. : Rétrodéviatoin de l'hémi-utérus non gravide et fibromateux. Dystocie par obstacle praevia traitée par césarienne basse conservatrice (obs. n° 586, citée par LEPAGE : *La Médecine*, p. 306. Avril 1935).

- LEPAGE. — A propos de la dystocie dans les cas d'utérus doubles (*La Médecine*, Avril 1935).
- LE ROUZIC. — *Thèse* de Paris, 1901-1902.
- LEQUEUX. — Obs. : Utérus didelphe gravide (*Société d'obst. de Paris*, p. 253, 1910).
- L'HOIR. — « Etude critique des différents procédés de césarienne ». (*Thèse* de Paris, 1932).
- LUTHEREAU et PETIT. — Un cas d'utérus didelphe. Expulsion d'une caduque. Grossesse unilatérale gauche prise pour une extra-utérine (*Soc. franç. de Gynécologie*, n° 6-9, octobre 1934).
- MAGENC. — « Contribution à l'étude des utérus didelphes » (*Thèse* de Toulouse, 1922).
- MANGIAGALLI. — *Traité de gynécologie* (Ut. didelphes).
- MANOLESCU. — « Influence des malformations utéro-vaginales d'origine congénitale sur la vie génésique de la femme » (*Thèse* de Paris, 1897-1898).
- MANTEL. — Grossesse dans un utérus double prise pour une grossesse ectopique (*Annales de gynécologie*, p. 86, 1907).
- MARTIN. — Hématocolpos avec utérus didelphe (*Société de chirurgie*. Déc. 1929).
- METZGER. — Obs. : Utérus didelphe. Césarienne. : l'utérus non gravide formant tumeur praevia (1926) (*Thèse* de Fournié, obs. II. Paris, 1929).
- Obs. : Utérus didelphe. Trois accouchements normaux ; puis opération césarienne de chaque utérus à deux ans d'intervalle (1929) (*Thèse* de Fournié, Paris, 1929).
- *L'accoucheur moderne* (Alcan, édit.).
- MICHON. — Utérus didelphe : hémihystérectomie (*Lyon Médical*, 1925, CXXXVI, 220, et *Lyon chirurgical*, 1929).
- MIHAILESCO. — Obs. in (*Gynecologie et Obstétrique*, 1927, t. XV, p. 209, obs. n° 2).
- MILLER. — Aspect clinique des utérus didelphes (*Am. J. of obst. and gyn.*, v. IV, n° 4, 1922).
- MILLS et STRAUSS. — Obs. in : *The Am. J. of obst. and gyn.*, 1929).
- MOIROUD. — *Thèse* de Lyon, 1913.
- MONTAGNE. — « Contribution à l'étude des causes et de la thérapeutique prophylactique des accouchements prématurés. » (*Thèse* de Paris, 1931).
- MONTFORT. — *Thèse* de Paris, 1931.
- MORESTIN. — Sur les grossesses dans les utérus doubles (*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, p. 1010, 1910).
- MÜLLER. — Obs. in : *Arch. f. Gyn.* (1873).
- OMBREDANNE. — Utérus double (*Annales de gynécologie*, p. 702, 1904).

- OMBREDANNE et MARTIN. — Les utérus doubles (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903, n° 6, 959).
- ORSOS. — Duplicité des organes génitaux internes de la femme (*Orvosi Hetilap. Hongr.*, 1925, LXVII, 42, 542).
- PALMER FINDLEY. — La grossesse dans l'utérus didelphe (*Am. J. of Obstetrics and Gynecology*, n° 3, sept. 1936, p. 318-325).
- PAUCOT et VANVERTS. — *Traité des accouchements*.
- PÉRY. — Obs. : Utérus à cornes indépendantes, pseudo-didelphe à un seul col ; 2 césariennes successives (*Bulletin de la Soc. d'obst. et gynéc.*, déc. 1934).
- PFANNENSTIEL. — in *Zentralb. f. Gyn.*, 1895.
- PICOT. — « Malformations de l'utérus au point de vue obstétrical » (*Thèse de Paris*, 1891.)
- PIERRA. — Obs. in : *Bullet. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1908.
- PIQUAND. — Les utérus doubles (*Rev. de Gyn. et Chir. abdominale*, 1910, t. II, p. 401).
- POTOCKI. — Obs. in : *Gynécologie et Obstétrique*, 1920.
- POUTEAU. — « Les utérus bicornes et leurs complications » (*Thèse de Paris*, 1925).
- PRUVOST. — « Utérus double et accouchement » (*Thèse de Paris*, 1895-1896).
- QUÉNU et LE SOURD. — Des opérations conservatrices dans le traitement des utérus didelphes à corps indépendants (*Revue de chirurgie*, 1906, p. 1).
- RAHIMI. — Contribution à l'étude de la rachianesthésie dans la césarienne basse (*Thèse de Toulouse*, 1925).
- REEB. — Opération césarienne suivie d'hystérectomie dans un cas d'utérus double (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris*, 1924, XIII, 6, 476).
- REYNES. — Grossesse et accouchement dans les utérus et vagin doubles (*Soc. d'obst. de Paris*, p. 280, 1902).
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*.
- ROCKEY. — Les utérus didelphes (*Annales of Surg.*, p. 615, 1916).
- ROJAS. — Utérus didelphes (*Boletin de la Sociedad de Obstetricia y Ginecologia de Buenos-Aires*, 30 déc. 1931).
- RUDAUX. — Malformations utérines et grossesse (*Leçon clinique*, 1912).
- SANTY, MICHON, COTTE, GOULLLOUD, ROCHET et TAVERNIER. — Discussion sur les utérus doubles (*Soc. de chirurgie de Lyon*, 8, 22 et 28 nov. 1928 in *Lyon chirurgical*, t. XXVI, janv.-fév. 1929, pages 89, 107, 123, 124).
- SCHWAAB — *L'obstétrique du praticien* (Doin, édit.).
- SOULIGOUX. — *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, p. 1015, 1910.
- STERN. — « Etude chirurgicale des utérus doubles sans hématométrie » (*Thèse de Paris*, 1910-1911).

- STEVENS. — Obs. in : *Proceeding of the Royal Society of medicine*, juin 1920 et *Gynécologie et Obstétrique*, 1924, t. IX, p. 465.
- STRASSMANN. — Utérus didelphe (*Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, mars 1910, p. 373).
- TARNIER et BUDIN. — *Traité des accouchements*, vol. II, p. 196, 2^e édition, 1886.
- TARNIER. — Clinique obstétricale sur les utérus doubles, 1895.
- TAUFFER. — Obs. Accouchement compliqué par un utérus didelphe (*Zentralbl. f. Gyn.*, p. 236, 1888).
- THIBAUD. — « Des malformations utérines au point de vue clinique » (*Thèse de Paris*, 1892-93).
- TOURNEUX. — *Précis d'embryologie*. Paris, 1921.
- TRILLAT, MICHON et OLLAGNIER. — Obs. : Gestation dans un utérus double ; dystocie par l'hémi-utérus non gravide ; césarienne basse (*Bulletin de la Soc. d'obst. et gynec.*, 1933).
- VAUDESCAL. — L'anesthésie rachidienne en obstétrique (*Bruxelles médical*, 1923, t. XXV, p. 845).
- VIVANTI. — Contribution à l'étude clinique de l'utérus bicorne (*La gynecologia*, 15 déc. 1908, n° 23).
- VIGNES. — Obs. : in *Thèse de Hamelin*. Paris 1935.
- WALLICH et LÉVY-SOLAL. — *Eléments d'obstétrique* (Masson, édit.).
- WATTERWALD. — Avenir obstétrical après césarienne basse (*Revue française d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1926).
- WIART-SUREAU. — Utérus doubles (*Gynécologie et Obstétrique*, 1925).